Nr. 17. 29. kwietnia 1923 Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Jerzy MODRAKOWSKI. Warszawa.

O syntetycznych środkach przeczyszczających.

Z Zakładu farmakologji Uniwersytetu Warszawskiego.

W nowoczesnem lecznictwie farmakologicznem panuje dążność do stosowania przedewszystkiem związków chemicznych dokładnie określonych, a o ile możności syntetycznie otrzymanych. Takie postępowanie ma zaletę możności bardzo dokładnego dawkowania; wiadomo zaś, że najcenniejsze galeniczne przetwory, jak naparstnicy, sporyszu i innych, przedstawiają właśnie duże trudności w dawkowaniu z powodu znacznych wahań zawartych w nich ciał działających. Pomimo to bez tych przetworów obejść się nie możemy, gdyż jednostki chemiczne, otrzymane z roślin w stanie czystym, nie dorównują działaniu surowców. Nie można więc powiedzieć, że związki chemicznie czyste przewyższają bezwzględnie i zawsze proste, aptekarskie preparaty. Dotyczy to między innemi w wysokim stopniu środków przeczyszczających; mam tu głównie na myśli środki pobudzające ruchy jelita grubego i dlatego stosowane przy nawykowem zaparciu stolca.

Badanie chemiczne wykazało, że wiele surowców roślinnych, należących do tej grupy farmakologicznej, zawiera jako ciała czynne oksymetylantrachinony, jak liście senesowe, rzewień, aloes, kora kruszyny i t. d. Antrachinony znajdują się w roślinach sprzężone z cukrami i innemi ciałami w postaci złożonych glykozydów obok, nieraz bardzo dużych ilości, — garbników, skrobi, śluzowych i innych koloidalnych substancyj. Te złożone związki przechodzą przez żołądek niezmienione, a w jelicie rozpuszczają i rozszczepiają się one bardzo stopniowo i powoli pod wpływem alkalicznego soku trawiennego. Wobec tego działają wyswobadzające się powoli antrachinony, w miarę posuwania się treści naprzód, na coraz nowe odcinki błony śluzowej jelita i to zawsze w dużem rozcieńczeniu, dzięki obecności koloidów roślinnych, osłabiających drażniące własności antrachinonów. Zdając sobie sprawę z tego mechanizmu działania, winniśmy z góry odnosić się krytycznie do stosowania, zamiast doskonale przez przyrodę sporządzonych mieszanin, glykozydów z koloidami, tabletek z chemicznie czystych pochodnych antrachinonu, nie uważając bynajmniej obecności koloidów w roślinach jako niepotrzebny balast. Wszakże przemysł farmaceutyczny, zwłaszcza niemiecki, wyrabia coraz nowe syntetyczne pochodne antrachinonu, jak: Purgatol, Purgatin, Exodin, Istizin i w. i. Wszystkie te związki syntetyczne — wychwalane przez różnych autorów — mogą wywołać przykre przypadłości, drażniąc niepomiernie oddzielne odcinki kanału pokarmowego w tych miejscach, gdzie w większej koncentracji działają na błonę śluzową. Wskutek tego powstają silne, nieraz długotrwałe miejscowe skurcze tak, że zamiast wypróżnienia kanału pokarmowego, następuje obstrukcja spastyczna (hyperdyskinetyczna). Że związki te nie zawsze wywołują takie działanie, zależy po części od osobistej wrażliwości chorego, po części — a może bardziej — od sposobu przyjmowania. Zażywane w kilku małych dawkach z pokarmami roślinnemi, mogą działać dość łagodnie, gdyż nie trawiące się pozostałości roślinne, jak błonnik i t. p., obejmując, przynajmniej do pewnego stopnia, rolę koloidów zawartych w naturalnych środkach przeczyszczających, mogą osłabić drażniące działanie chemicznie czystych związków antrachinonowych. Stosowanie zaś tych ciał połączonych sztucznie z koloidami, nie ulegającemi trawieniu, jak impregnowanego nimi agar-agaru, należy już wprost uważać za naśladowanie naturalnych przetworów roślinnych, zresztą dość udatne. To też po takich preparatach daleko rzadziej widzimy przykre następstwa działania chemicznie czystych związków antrachinonowych, jak: bóle brzucha i odęcie połączone albo z całkowitem zaparciem, albo często powtarzającem się oddawaniem małych i cienkich kawałków stolca.

Pozwolę sobie przytoczyć wynik badania roentgenologicznego [1]) chorego, skarżącego się na takie właśnie dolegliwości z narazie nieznanej przyczyny. Fig. 1. wykazuje: w 5

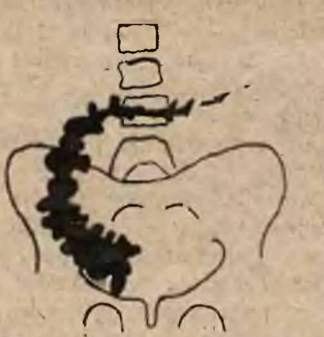


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

godzin po spożyciu kaszy barowej żołądek wypróżniony, kiszkę ślepą i wstępującą aż do zgięcia wątrobianego napełnioną, okrężnicę poprzeczną zaś silnie zwężoną w postaci cienkiego, przerywanego sznurka Fig. 2, po 10 godzinach, wykazuje stan kiszki wstępującej i poprzecznej niezmieniony, zgięcie śledzionowe i napełnione, a bezpośrednio pod niem kiszkę zstępującą zwężoną. Trzecie badanie, po 20 godzinach, dało wynik zupełnie niezmieniony. Brak napełnienia kiszki tuż obok zgięcia wątrobowego był tak uderzający i utrzymujący się niezmiennie przez tak długi okres czasu, że można było przypuszczać zwężenie organiczne. Atoli na zapytanie chory podał, że w przeciągu kilku dni przed badaniem zażywał po 0,1 isticyny dziennie, który to środek od czasu do czasu zwykł był przyjmować. Wobec tego, na podstawie podanych powyżej uwag o działaniu chemicznie czystych pochodnych antrachinonu na kiszki, rozpoznałem: *spasmus colonis* wywołany przez isticynę, co potwierdziło dalsze spostrzeganie chorego. Chory zażywał w przeciągu tygodnia proszek złożony z *pulv. rhiz. rhei, magnes. usta, pulv. fol. bellad. i sulph. praecp.* Siarka, jak wiemy z badań van der Willigen'a na kotach, skraca w sposób swoisty czas przebywania treści w kątnicy. W istocie przekonałem się nieraz, że siarka jest znakomitym środkiem przy zaparciu stolca w okrężnicy wstępującej *(Ascendens typus)*.

W przeciągu tygodnia podczas zażywania przepisanego proszku dolegliwości chorego ustąpiły zupełnie i wypróżnienia odbywały się prawidłowo także po przestaniu przyjmowania lekarstwa. Ponowne badanie po dwóch tygodniach (Fig. 3) wykazało zupełnie prawidłowy czas i sposób przechodzenia treści przez kanał pokarmowy.

[1]) Badanie wykonał Dr. A. Elektorowicz w Warszawie, za co wyrażam mu najlepsze podziękowanie.

Nie ulega wątpliwości, że także inne syntetyczne związki o działaniu przeczyszczającem, jak fenolftaleina, mogą wywołać, podobne do opisanego, ujemne działanie na kanał pokarmowy, choć związek ten powoduje nieraz jeszcze o wiele gorsze następstwa. Na to chciałbym zwrócić uwagę ze względu na ogromne rozpowszechnienie fenolftaleiny jako środka przeczyszczajacego.

Działanie przeczyszczające znanego wskaźnika fenolftaleiny odkrył przypadkiem Vamossy w r. 1900. Związek ten, nierozpuszczalny w kwasach, przechodzi przez żołądek w niezmienionym stanie i rozpuszcza się w alkalicznej treści jelita. Fenolftaleina nie ma miejscowo drażniącego działania, rozpuszczalne jej sole jednak posiadają właściwość tę w wysokim stopniu; ten miejscowo drażniący wpływ przyśpiesza i wzmaga ruchy robaczkowe, głównie jelita grubego. Na szczęście około 85% wprowadzonej fenolftaleiny wydala się niewchłonięty i niezmieniony z kałem, gdyż nawet ślady przechodzące przez nerkę wywołują białkomocz, a przy dłuższem zażywaniu nieraz zapalenie nerek [2])

Fenolftaleina, wywołująca rozwolnienie już w małych dawkach, nie posiadająca żadnego smaku, nadaje się doskonale na ukryty czynnik działający t. zw. »specyfików« przeczyszczających. W samej rzeczy istnieją też setki takich »leków czyszczących kiszki i krew«, zawierających, jako główny czynnik działający, fenolftaleinę. Tak n. p. niektóre środki przeczyszczające, wyrabiane w światowych miejscowościach kąpielowych, mające pozory, jakoby zawierały przetwory sławnych źródeł, w istocie zawierają fenolftaleinę. Wobec stwierdzonego przez szereg autorów niebezpiecznego działania ubocznego fenolftaleiny, środek ten powinien być wycofany z wolnego handlu, a wydawany w aptekach jedynie za receptą lekarza. Pozatem uważam, że syntetyczne związki takie, jak istycyna, purgatyna, fenolftaleina i t. p., zgoła są zbyteczne wobec licznych naturalnych środków przeczyszczających roślinnych. Zamiast wyrabiać tabletki i różne specyfiki z fenolftaleiną, mógłby nasz przemysł farmaceutyczny korzystać więcej z kory polskiej kruszyny, którą wywozi się wagonami zagranicę, skąd wraca do nas, jako *Extractum cascarae sagradae.*

Dr. Włodz. FILIŃSKI, st. asystent kliniki. Warszawa.

Dwa przypadki przewlekłego zapalenia trzustki.

(*Pancreatitis chronica*).

Z I kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszaw.
(Dyrektor: prof. Dr. A. Gluziński).

Przewlekłe zapalenie trzustki jest chorobą, która powoduje różnorodny zespół objawów. Różnorodność ta przejawia się przedewszystkiem w niestałości objawów, co dotyczy zarówno fizykalnego, jak i czynnościowego badania gruczołu tak mało dostępnego dla nas z powodu swojego położenia.

Na szczególną uwagę zasługuje sprawa wymacywania schorzałego gruczołu. Dotychczas tylko w pewnej części spostrzeżeń mówi się o poprzecznie położonem ciele na miejscu odpowiadającem trzustce. W większości zaś przypadków otrzymywano przy obmacywaniu wątpliwe lub wprost ujemne wyniki. Tak n. p. Oser wątpi, czy można wymacać stwardniałą trzustkę. Riedel'owi udało się to przed operacją tylko jeden raz w przypadku zapalenia trzustki powstałego wskutek kamicy żółciowej. Schmieden i Gulecke uważają, że można wymacać stwardniałą trzustkę u osób szczupłych. To samo potwierdza spostrzeżenie Umber'a. Pratt zaś mówi, wprost odwrotnie, o dwóch przypadkach, w których rozpoznano zapalenie trzustki na podstawie wymacalnego guza, a na sekcji znaleziono prawidłowe stosunki. Taka więc rozbieżność zdań panuje śród autorów, że stoimy wobec sprawy nierozstrzygniętej. Niemniej i badanie czynnościowe trzustki nie zawsze daje wyraźne wskazówki w przypadkach przewlekłego zapalenia tego gruczołu.

W ciągu względnie krótkiego czasu mieliśmy sposobność w klinice prof. Gluzińskiego spostrzegać dwa przypadki tego schorzenia, które stanowią podstawę niniejszej pracy.

Przypadek I. S. T., 24 lata, kawaler, urzędnik, dziedzicznie nie obciążony. W dzieciństwie chorował na odrę i krztusiec, później na płonicę i zapalenie wyrostka robaczkowego. Od lat kilku miewał nieraz stany podgorączkowe i z tego powodu przebywał dłuższy czas w Zakopanem. Obecna choroba zaczęła się przed trzema tygodniami po zjedzeniu, jak twierdzi, nieświeżego mięsa. Dostał wtedy biegunki i rozlanych bólów brzucha. Po upływie pięciu dni od początku choroby zjawił się już umiejscowiony ból cokolwiek na prawo i powyżej pępka, a w takiem samem miejscu z lewej strony uczucie gniecenia. Ponieważ, pomimo zastosowania ścisłej djety i środków czyszczących, bóle nie ustępowały, chory zgłosił się do kliniki 31. V. 1921 r.

Budowa chorego słaba, wzrost mały, odżywienie średnie. Z tyłu w szczycie prawego płuca wdech szorstko pęcherzykowy. Pozatem w narządzie oddechowym, krążenia i w układzie nerwowym nie można stwierdzić żadnych zmian. Brzuch kształtu prawidłowego. Ruch robaczkowy jelit niewidoczny. Wątroba lekko macalna. Śledziona nie macalna. Przy głębokiem wymacywaniu po stronie prawej, na wysokości pępka, wyczuwa się ciało twarde, wałkowate, leżące poprzecznie i przechodzące na lewo cokolwiek poza linję środkową ciała. Ciało to jest nieruchome, odgraniczone od wątroby i bolesne na ucisk. Odgłos wypukowy nad miejscem wymacywania tego ciała jest jawny, bębenkowy. Ilość dobowa moczu 1450 ccm. Oddziaływanie kwaśne. C. gat. 1015. Białka niema. Cukru 0.5% (djeta mieszana). Pozatem nie znaleziono nic nieprawidłowego ani chemicznie ani mikroskopowo. Badanie żołądka naczczo nie wykazało zaległości. Po wlaniu 100 ccm wody wydobyto około 120 ccm treści wodnistej z nieznaczną domieszką śluzu o odczynie słabo kwaśnym. Po próbie białkowej znaleziono po 3 kwadransach kawałki niestrawionego białka. Ogólna kwasota 12. HCl wolny w śladach. Barwa kału brunatna. Spoistość twarda. Śluz i krew nieobecne. Drobnowidowo stwierdza się dużo kuleczek tłuszczu i kryształów kwasów tłuszczowych oraz nieliczne włókna mięsne z zachowaniem prążkowania. Badanie roentgenologiczne przewodu pokarmowego nic szczególnego nie wykazało. Badanie krwi: Ilość ciałek czerwonych 6000000. Hemoglobiny 105 (Sahli). Ilość ciałek białych 10.000. W preparacie barwionym: limfocytów 45%, dużych jednojądrzastych 5%, wielojądrzastych obojętnochłonnych 50%. Odczyn Wassermann'a ujemny.

Podczas pobytu chorego w klinice ciepłota przeważnie prawidłowa i tylko od czasu do czasu stany lekko podgorączkowe, dochodzące do 37,4° C. Cukier w moczu przy djecie mieszanej stale obecny w ilości od 0.2% do 0,5%. Po ścisłej djecie bezwęglowodanowej cukru ślad lub wreszcie brak zupełny.

25. VI., po poprzedniej djecie bezwęglowodanowej, wykonano próbę z podaniem naczczo 100 gr. chleba białego dla zbadania odczynu glikemicznego. Ilość cukru we krwi naczczo 0,08%, a w 90 minut po zjedzeniu chleba 0,18%. W moczu zjawił się cukier w ilości 1%, przyczem cukromocz trwał przez 4 godziny.

Choremu oprócz djety zalecono gorące kataplazmy na brzuch, poczem bóle się zmniejszyły i 30. VI. chory wypisał się z kliniki. Ciało walcowate w brzuchu, aczkolwiek nie zmniejszyło się, jednak na ucisk było już niebolesne. Po upływie pięciu miesięcy chory powtórnie wstąpił do kliniki 1. XII. 1921 r. z powodu bólów brzucha, które w ostatnim czasie znów mu zaczęły dokuczać. Ciało walcowate wyczuwa się w brzuchu tak samo i na tem samem miejscu jak poprzednio. W moczu ślad cukru. Po kilku dniach pobytu w klinice u chorego wystąpiła lekka żółtaczka, a kał przyjął wygląd gliniasty. Po upływie dalszych czterech dni żółtaczka znacznie się zmniejszyła i chory wypisał się do domu.

Podany przypadek rozpoznano jako przewlekłe zapalenie trzustki, opierając się na wymacalnem walcowatem ciele poprzecznie położonem i odpowiadającem trzustce, na cukromoczu pokarmowym, na odczynie glikemicznym, podnoszącym zawartość cukru we krwi z 0,08% na 0,18% po zjedzeniu 100 gr. chleba, i na zmianach w stolcu, w którym stwierdzono obfitą ilość tłuszczów i włókna mięsne z zachowaniem prążkowania. Znajdujemy więc w tym naszym przypadku upośledzenie zarówno zewnętrznego, jak i wewnętrznego wydzielania trzustki.

Choroba ta wystąpiła u chorego po błędzie djetetycznym, a tak jej powstanie jak i bolesność wymacalnego guza świadczyły o stanie zapalnym. Wymacalność guza, który kształtem i położeniem odpowiadał trzustce, ułatwiało umiej-

---

[2]) Piśm.: Hydrick: Phenolphtalein. Jour. biol. chem. 17, 1914.
Holz: B. Klin. W. 1915. N. 29. Der Unfug mit Phenolphtalein«.
Fürbringer: D. Med. W. 1917. str. 842.
Von Schliep: M. Med. W. 1919. str. 1294.
Rosenstein: M. Med. W. 1920. str. 263.
Silberstein: Ther. Monatsh. 1920. str. 306.
F. Uhlmann: Lehrbuch. der Pharmacotherapie, 1921, str. 106.

scowienie sprawy. Sprawa ta przy powtórnem zaostrzeniu przeniosła się nawet na drogi żółciowe, wywołując przejściową żółtaczkę.

Przypadek II. Chory K. K., 30 lat, kawaler, student medycyny, dziedzicznością nie obciążony. W dzieciństwie chorował na odrę. Obecna choroba zaczęła się przed dwoma laty. Głównie uskarża się chory na tępe bóle w dołku podsercowym, niezależne od spożycia pokarmów, wzmagające się przeważnie w nocy. W nasileniu bólów daje się zauważyć pewna okresowość t. j. że bywa czas wolny od bólów, po którym następuje szereg dni z bólami. Łaknienie osłabione. Stolce zaparte i zbite raz na 2—3 dni. W kale miał chory często zauważać śluz. Do kliniki wstąpił 13. V. 1922 r.

Budowa ciała średnia. Odżywienie upośledzone. Klatka piersiowa wązka i dość długa. Przy opukiwaniu lewego szczytu płucnego wykazuje się nieznaczne przytłumienie odgłosu. Pozatem w narządzie oddechowym, krążenia i w układzie nerwowym nie można stwierdzić żadnych zmian. Brzuch cokolwiek zapadnięty, naogół kształtu prawidłowego. Uwłosienie sromu trójkątne. Ruch robaczkowy jelit niewidoczny. Wątroba i śledziona niemacalne. Cokolwiek powyżej i na prawo od pępka wyczuwa się przy głębokiem macaniu ciało obłe o niejasnych zarysach, bolesne na ucisk. Odgłos wypukowy nad tem miejscem jawny, bębenkowy. Badanie moczu: Ilość dobowa 950 ccm. Oddziaływanie kwaśne. C. gat. 1026. Białko nieobecne. Cukru 0,6% (dieta mieszana). Pozatem nie wykryto nic nieprawidłowego ani chemicznie ani mikroskopowo. Badanie treści żołądkowej: Naczczo bez wlania wody wydobyto 15 ccm wodnistego płynu z domieszką śluzu o oddziaływaniu obojętnem. Mikroskopowo stwierdzono ciałka wypocinowe i komórki nabłonkowe w pasmach śluzu. Po śniadaniu białkowem wydobyto po 3 kwadransach 70 ccm płynu z kawałkami niestrawionego białka. Kwasota ogólna 8. HCl wolny nieobecny. Po obiedzie próbnym wydobyto po 4 godzinach 250 ccm miazgi zawierającej niestrawione resztki pokarmowe. Kwasota ogólna 45. HCl wolny nieobecny. Badanie kału: Barwa brunatna. Spoistość twarda. Woń swoista. Śluz i krew nieobecne. Pod mikroskopem spotyka się rzadko komórki nabłonkowe, a następnie komórki i włókna roślinne. Włókien mięsnych, kulek tłuszczu lub ziarn skrobi wykryć nie można. Badanie roentgenologiczne przewodu pokarmowego wykazuje nieznaczne opuszczenie żołądka. Badanie krwi: Ilość ciałek czerwonych 4870000. Ilość hemoglobiny 90 (Sahli). Ilość ciałek białych 8700. W preparacie barwionym: limfocytów 55%, dużych jednojądrzastych 1%, wielojądrzastych obojętnochłonnych 42%, eozynochłonnych 2%. Odczyn Wassermann'a ujemny.

I ten przypadek rozpoznaliśmy także jako zapalenie trzustki na podstawie wymacywania ciała obłego, przy dotyku bolesnego, kształtem i położeniem odpowiadającego trzustce, jak również samoistnych bólów tamże umiejscowionych wraz z cukromoczem. Lekkie stany podgorączkowe obok bolesności świadczyły, że sprawa chorobowa mimo względnie długiego trwania, jest jednak w stanie zaostrzenia. Pewna zaś zbitość wymacalnego ciała świadczyła o przewlekłości zmiany, wobec czego stan ten mogliśmy rozpoznać jako *pancreatitis subacuta*.

Zastanawiającą rzeczą w tym przypadku było prawidłowe zachowanie się stolców, w których nie znaleźliśmy ani włókien mięsnych ani skrobi i tłuszczu, co w cierpieniu, któreby wpływało na zewnętrzne wydzielanie trzustki, nie powinno mieć miejsca. Chcąc tę sprawę bliżej rozpatrzeć wykonaliśmy badania, mające na celu oznaczenie czynności trzustki w kierunku wydzielania zaczynów trawiennych.

Wskutek chwilowego braku zgłębnika dwunastnicowego oznaczaliśmy zaczyny trzustkowe w treści dwunastnicowej, wydobytej z żołądka według znanego sposobu Volhard'a po poprzedniem podaniu śniadania składającego się z 200 ccm oliwy.

Diastazę oznaczano według sposobu Wohlgemuth'a i siła jej jest wyrażona w jednostkach pokazujących, ile cm sześciennych 1% rozczynu krochmalu zostało rozszczepionych na dekstrynę przez 1 ccm treści dwunastnicowej przy 38° C. w ciągu 30 minut. W naszem badaniu wypadło, że

$$D \text{ (diastaza) } \frac{38^0}{30'} = 160 \text{ jednostek.}$$

Siła trypsyny została oznaczona według sposobu Gross'a i wyrażona jest w jednostkach pokazujących, ile centymetrów sześciennych 1‰ rozczynu kazeiny zdoła strawić 1 ccm treści dwunastnicowej przy 38° C. w ciągu 30 min. U nas wypadło, że

$$Tr \text{ (trypsyna) } \frac{38^0}{30'} = 256 \text{ jednostek.}$$

Siła lipazy wyraża się ilością centymetrów sześciennych 1/10 N rozczynu ługu sodowego zużytego dla zobojętnienia kwasów tłuszczowych, wytworzonych z obojętnego tłuszczu przez 1 ccm treści dwunastnicowej przy ciepłocie 38° C. w ciągu 24 godzin. Jako materjału dla wytworzenia kwasów tłuszczowych użyłem zawiesiny oliwy. Wynik był następujący:

$$L \text{ (lipaza) } \frac{38^0}{24\,h} = 1{,}0$$

Dla porównania otrzymanych wyników nadmieniam, że prawidłowo siła zaczynowa dwunastnicowej treści, według Isaac-Krieger'a, winna wyglądać w następujący sposób:

$$D \frac{38^0}{30'} = 161; \quad Tr \frac{38^0}{30'} = 125; \quad L \frac{38^0}{24\,h} = 1{,}0$$

Wnioski z osiągniętych wyników przytoczę niżej.

Oprócz tych badań przeprowadziliśmy badania nad zachowaniem się zaczynów trzustkowych w kale chorego. W wyciągu kałowym zaczyny zostały oznaczone w ten sam sposób z tą tylko różnicą, że za jednostkę diastazy i trypsyny przyjmuje się, jak wiemy, 1 ccm rozczynu skrobi względnie kazeiny, strawiony nie w ciągu 30 minut, a w ciągu 24 godzin. Wyniki były następujące:

$$D \text{ (diastaza) } \frac{38^0}{24\,h} = 320 \text{ jedn.}$$

$$Tr \text{ (trypsyna) } \frac{38^0}{24\,h} = 20 \text{ jedn.}$$

Prawidłowo zaś, według Wohlgemuth'a i Gross-Goldschmidt'a, winno być:

$$D \frac{38^0}{24\,h} = 470 \text{ jedn. i } Tr \frac{38^0}{24\,h} = \text{powyżej } 10 \text{ jedn.}$$

Pozatem oznaczyłem zawartość zaczynów w moczu, co przedstawia się następująco:

$$D \frac{38^0}{24\,h} = 25 \text{ jednostek; } Tr = 0$$

Według Block'a zawartość diastazy w moczu waha się od 0 do 80 jednostek. Trypsyna w warunkach prawidłowych również może być w moczu nieobecna.

Wreszcie oznaczono zawartość diastazy we krwi, która wyniosła:

$$D \frac{38^0}{24\,h} = 33 \text{ jedn.}$$

Prawidłowo zaś według Block'a winno być:

$$D \frac{38^0}{24\,h} = \text{od } 10 \text{ do } 40 \text{ jednostek.}$$

Ponieważ działanie lipazy oznaczone było tylko w treści dwunastnicowej, a w kale i moczu oznaczyć jej nie można, zatem wykonano próbę na trawienie tłuszczów w przewodzie pokarmowym. W tym celu podano choremu posiłek próbny (Bard) składający się ze 100 gr. masła, zawierającego 85 gr. tłuszczu z chlebem i chudą szynką. Kał oddzielono karminem i znaleziono w nim:

Kwasów tłuszczowych	0.76
Mydeł	2.33
Tłuszczów obojętnych	1,40
Razem	4,49 gr.

Jak widać z tego, z kałem wydzieliło się tylko 5,2% spożytego tłuszczu, w czem tłuszcze obojętne wynoszą mniej, niż połowę.

Badania powyższe wykazują nam, że zawartość zaczynów trzustkowych w treści dwunastnicowej, w kale, w moczu i we krwi badanego chorego jest niemal prawidłowa. Próba na trawienie tłuszczów nie wykazała również u niego jakiegokolwiek znaczniejszego odchylenia. Przemawia to nam za tem, że czynność trzustki u chorego w zakresie tworzenia zaczynów trawiennych nie jest upośledzona.

Następnie przeszliśmy do zbadania zachowania się czynności wewnętrznego wydzielania trzustki. W tym celu, gdy pod wpływem postępowania leczniczego znikł cukromocz, podaliśmy mu *per os* 100 gramów cukru gronowego i w odstępach godzinowych oznaczaliśmy zawartość cukru we krwi i w moczu. Otrzymany wynik badania był następujący:

	Ilość moczu	Cukier w moczu	Cukier we krwi
Naczczo	100 ccm	0	0,11%
W 1 g. po spożyciu cukru	200	0,25%	0,13%
» 2 » » » »	100 „	ślad	0,16%
» 3 » » »	80	ślad	0,1%
4 » » » »	50	nikły ślad	0,1%

Ogółem wydzielił chory z moczem 0,5 gr. cukru, a we krwi zjawiła się na pewien czas hyperglikemja.

Również wstrzyknęliśmy choremu 0,01 gr. florydzyny i oznaczaliśmy zawartość cukru w moczu. Wynik był następujący:

	Ilość moczu	Cukier w moczu
po upływie 1 godz.	80 ccm	3,5%
» » 2 »	50	2,5%
» » 3 »	30	2,5%
» » 4 »	25 »	2,5%
» » 6 »	50	1,5%
» » 8 »	50	ślad

Razem wydzielił chory po florydzynie 5,9 gr. cukru.

Następnie wykonano próbę Lewi'ego. Po wpuszczeniu do oka adrenaliny rozszerzenie źrenicy nie nastąpiło.

Zbierając te wyniki widzimy, że, w każdym razie, czynności wewnętrznego wydzielania trzustki nie można nazwać prawidłową, ponieważ już po 100 gramach cukru gronowego wystąpiła hyperglikemja i wybitna glikozurja.

Z dalszego przebiegu choroby należy podnieść, że początkowo chory miewał częste napady bólów i stany podgorączkowe, nie przekraczające 37,5° C. Stosowano djetę złożoną z jaj, mięsa, tłuszczów i małej ilości mleka, gorące kataplazmy na brzuch i naświetlania brzucha lampą kwarcową. Pod wpływem tego leczenia bóle zjawiały się coraz rzadziej, a stany podgorączkowe i cukromocz ustąpiły zupełnie. Z czasem ustąpiły i bóle, a ogólny wygląd i samopoczucie chorego znacznie się poprawiły. Waga ciała, która podczas pierwszych dwóch tygodni spadła z 61,5 K na 58,5 K, podniosła się znów do poprzedniej wysokości. Ciało obłe, odpowiadające trzustce, które początkowo było bolesne, stało się bezbolesnem, mniej wymacalnem i bardziej miękkiem. Według wiadomości otrzymanych od chorego po czterech miesiącach od czasu opuszczenia kliniki, czuje się on zupełnie dobrze, przybyło mu jeszcze 3 K na wadze i cukromoczu niema ani śladu.

Z przebiegu i badań, wykonanych w tym przypadku, wynika, że nawet w najgorszym stanie choroby mieliśmy do czynienia tylko z wyłącznem upośledzeniem wewnętrznego wydzielania trzustki, które objawiało się cukromoczem, gdy czynność zewnętrznego wydzielania pozostała nienaruszona. W okresie poprawy stanu, kiedy przy djecie znikł cukromocz zupełnie, to jednak i wtedy czynność wewnętrznego wydzielania była niezupełnie prawidłowa, jeżeli po podaniu 100 gramów cukru gronowego wystąpiła i hyperglikemja i glikozurja.

W przypadku tym, który na podstawie fizykalnego badania uważać trzeba było za stan zapalny trzustki, nie mieliśmy więc do czynienia z zaburzeniem w zewnętrznem, a tylko w wewnętrznem wydzielaniu trzustki.

Dwa te przypadki różnią się zatem od siebie, bo, gdy w pierwszym mieliśmy zaburzenia tak w zewnętrznem jak i wewnętrznem wydzielaniu trzustki, to w drugim możemy mówić tylko o upośledzeniu wewnętrznego jej wydzielania.

Zestawiając te dwa przypadki, widzimy, że stan zapalny trzustki doprowadził do wymacalności gruczołu, co ma przy stwierdzonych zaburzeniach wyżej opisanych ważne znaczenie rozpoznawcze. Często jednak objawu tego niema, toteż nic dziwnego, że w wielu przypadkach, jak twierdzi O s e r, *pancreatitis chronica* stwierdzamy dopiero na stole sekcyjnym. W drugim z podanych tu przypadków, wobec prawidłowego trawienia, tylko wymacalność ciała obłego na miejscu położenia trzustki i bóle umiejscowione w jego okolicy pozwoliły cukromocz odnieść do schorzenia trzustki.

Przypadki nasze potwierdzają niezależność obu czynności trzustki t. j. jej zewnętrznego i wewnętrznego wydzielania. Zazwyczaj mogą one być upośledzone jednocześnie, choć w różnym stopniu, gdyż niektóre sprawy chorobowe mniej dotykają wysepek Langerhans'a, niż miąższu gruczołu. Szczególniej dotyczy to spraw zapalnych, które idą od przewodów odprowadzających. W niektórych znów razach, głównie zaś wtedy, kiedy sprawa zapalna idzie od naczyń krwionośnych (*arteriosclerosis* lub *endarteritis*), wysepki Langerhans'a mogą być dotknięte wcześniej, dając powód do zaburzeń w wewnętrznem wydzielaniu bez równoczesnych zaburzeń w trawieniu. Ma to być w pewnych razach postać tej *pancreatitis indurativa*, która służy nieraz za podkład anatomiczny dla *diabetes genuinus* (F a l t a). Taka postać stwardnienia gruczołu może nie wywoływać jednak żadnych objawów podmiotowych i fizykalnych i z tego powodu trudna jest do odróżnienia od moczówki cukrowej innego pochodzenia. Nasz drugi przypadek, zdaje się być ciekawym przyczynkiem do tej sprawy, że wysepki Langerhans'a mogą być dotknięte w silniejszym stopniu, niż miąższ gruczołu, nawet wtedy, kiedy zapalenie idzie od przewodów odprowadzających, gdyż sprawy naczyniowe są tu wykluczone z powodu młodego wieku chorego i braku odczynu Wassermann'a lub innych wskazań na przebytą kiłę.

Co się tyczy wyzdrowienia w podobnym przypadku, to tutaj trzeba brać pod uwagę z jednej strony ustąpienie sprawy zapalnej, a z drugiej sprawy regeneracyjne w wysepkach Langerhans'a, co w naszym przypadku musiało mieć miejsce.

W końcu trzeba jeszcze zwrócić uwagę na ogólną konstytucję chorych. W obu naszych przypadkach mieliśmy do czynienia z ludźmi słabo rozwiniętymi fizycznie, a mianowicie stwierdzić można było mały wzrost, wąską klatkę piersiową, słaby zarost, trójkątne uwłosienie sromu. Ponadto u obydwu chorych znaleziono znaczną limfemję. Konstytucja taka zdaje się mieć pewne znaczenie, jako czynnik usposabiający do wspomnianej choroby.

Panu Profesorowi G ł u z i ń s k i e m u składam podziękowanie za materjał kliniczny.

Piśmiennictwo.

1. O s e r. Die Erkrankungen des Pancreas. Wien 1898. — 2. S c h m i d t. Ad. Erkrankungen des Pancreas w Sp. Path. u. Therapie innerer Krankheiten Kraus'a i Brugsch'a, Berlin 1922. 3. I s a a c - K r i e g e r K. Zeitschr. f. kl. Med. Bd. 92, 259. — 4. A b d e r h a l d e n. Handbuch der biochemischen Arbeitsmetoden. — 5. B l o c k W. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 93, 381. — 6. W o h l g e m u t h J. Berl. kl. Woch. 1910, 74, 1444. — 7. B a r d L. Précis des exmens de laboratoire. Paris 1921. — 8. O f f e n b a c h e r R. i H a h n A. Arch. f. Verdauungs-Krankheiten, 1922, XXIX, 193. — 9. G r o t e R. i S t r a u s s H. Arch. f. Verdauungs-Krankheiten XXVIII, 123. — 10. F a l t a. Erkrankungen der Blutdrüsen. Berlin 1913.

Dr. Ryszard RODZIŃSKI. Lwów.

O nowym sposobie znieczulania dolnych obszarów ciała.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. (Dyrektor Prof. Dr. H. S c h r a m m).

Do operowania bezbolesnego w obrębie kończyn dolnych posiadamy, poza uśpieniem ogólnem, 5 sposobów, a to: 1. Znieczulenie płaszczyzny przekroju kończyny metodą S i e v e r s a; 2. znieczulenie przez zniesienie przewodnictwa obwodowych pni nerwów, zaopatrujących kończynę; 3. znieczulenie lędźwiowe metodą C o r n i n g a - B i e r a; 4. krzyżowe metodą C a t h e l i n - S t ö c k l a; 5. żylne (B i e r a).

Znieczulenie sposobem S i e v e r s a, polegające na przepojeniu w jednej płaszczyźnie całego przekroju kończyny, jest zabiegiem bardzo bolesnym i dość niebezpiecznym, albowiem mimo największej ostrożności nie zawsze możemy uniknąć zetknięcia z wielkiemi naczyniami i nerwami. Mogą wtedy powstać niepożądane krwiaki, ewentualnie dostać się do krwiobiegu większe ilości środka znieczulającego, co dla chorego nie jest obojętne. Zdaje mi się jednak, że wielka bolesność tego sposobu stanowi najważniejszą przeszkodę w jego stosowaniu.

Sposób drugi, polegający na obstrzykaniu nerwów, zaopatrujących kończynę jest również zabiegiem bardzo bolesnym. By przekonać się, że w dobrem miejscu wprowadzamy płyn, musimy celem wywołania parestezji nakłuwać nerwy wśród ich przebiegu. Zabieg to wielce bolesny, a i trudny dla chirurga, gdyż trafienie w nerw wymaga wielkiej wprawy. Wprawdzie

wiedhoff jest wielkim zwolennikiem tego sposobu i bardzo go poleca, nie zdaje mi się jednak, by ten sposób miał znaleźć szersze zastosowanie.

Bezbolesność w obrębie kończyn dolnych zapomocą wstrzyknięcia do kanału krzyżowego możemy osiągnąć tylko drogą t. zw. znieczulenia krzyżowego wysokiego. Jednak niebezpieczeństwo związane z tym sposobem jest tak wielkie, że znieczulenie to nie powinno wogóle wchodzić w rachubę przy wyborze pomiędzy niem a uśpieniem ogólnem. Po bliższe szczegóły o niem odsyłam czytelnika do pracy mojej i Tychowskiego p. t.: „Badania nad znieczuleniem krzyżowem".

Znieczulenie żylne Biera, jako bardzo skomplikowane, nie znalazło dotychczas szerszego zastosowania.

Pozostaje mi tylko omówić nieco obszerniej znieczulenie lędźwiowe i podać nowy sposób, który stosujemy w klinice chirurgicznej we Lwowie od przeszło roku z dobrym wynikiem.

Znieczulenie lędźwiowe, przyjęte z takim zapałem w chirurgji, zdawało się przez czas jakiś święcić trjumfy i wypierać uśpienie ogólne. Niestety cały szereg przypadków ubocznych i następowych, właściwych mu, sprowadził znaczne ograniczenie w stosowaniu tego sposobu. I tak: statystyka zbiorowa o tem znieczuleniu Hohmeiera i Königa z roku 1909 wykazała, że ze 112 wielkich zakładów, uproszonych do współpracy w niej, więcej niż połowa odpowiedziała, że znieczulenia lędźwiowego wcale już nie stosuje. Takim też duchem owiana jest praca Denka z kliniki Eiselsberga, który w swym dokładnym referacie zebrał ujemne strony znieczulenia lędźwiowego. Z drugiej strony nie brak jednak i głosów entuzjastycznych o niem, a to głównie autorów francuskich. Tak np. niektórzy z nich, jak Chaput, uważają znieczulenie lędźwiowe za równie mało niebezpieczne, jak miejscowe. Delmas Paul przyznaje znieczuleniu lędźwiowemu nowokainą bezwzględną wyższość nad uśpieniem ogólnem, gdyż w statystyce swej ma mniejszą śmiertelność, niż przy użyciu chloroformu, a nawet eteru. Scholten oblicza w swym materjale śmiertelność 1:5971, tj. śmiertelność jak przy uśpieniu eterowem.

Nie brak jednak i statystyk, wykazujących znacznie wyższą śmiertelność, np. Köhlera 1:350, Sternberga 1:295, a nawet Königa 1:200. Przedewszystkiem we Francji znieczulenie lędźwiowe zdaje się mieć swych gorących zwolenników. Przeciwnie Niemcy ograniczyli znacznie stosowanie tego sposobu.

Głównemi środkami, używanemi do znieczulenia lędźwiowego są: stowaina, tropokaina i nowokaina. Z przeglądu piśmiennictwa lat ostatnich widzimy, że większość chirurgów, operujących w znieczuleniu lędźwiowem, odstąpiła zupełnie od stowainy i tropokainy, a używa głównie nowokainy, jest ona bowiem środkiem bezsprzecznie najmniej niebezpiecznym, jakkolwiek i jej nie brak ujemnych stron, właściwych obu powyżej wymienionym. Na podstawie piśmiennictwa z roku 1912—16 wykazuje Franz z Berlina, że na 9322 znieczuleń tropokainą śmiertelność wynosiła 0·076%, z pośród 14741 znieczuleń stowainą 0·17%, a z pośród 4429 nowokainą tylko 0·07%. Stwierdziły prace doświadczalne Jean Camusa, Herzta, Blocha, że granica między dawką znieczulającą a trującą stowainy jest znacznie mniejsza, aniżeli nowokainy. I tak Michelsohn notuje do r. 1913 38 przypadków śmierci po stowainie, 25 po tropokainie i tylko 9 po nowokainie. I nic też dziwnego, że, przeglądając piśmiennictwo po roku 1913, stwierdziłem, że mało tylko chirurgów pozostało wiernymi tropokainie względnie stowainie, a pracują przedewszystkiem nowokainą. Wymienię choćby takie nazwiska jak: Chaput, Krassowitoff, Meriel, Lefevre, Petridis, Paolos, Jaschke, Delmas Paul, Santy, Bloch Rene, Kaiser, Soldevilla, Tenani Ottorino, Gorse, Fürster, Opitz i wielu innych.

A jednak objawy uboczne i następowe znieczulenia lędźwiowego są tak liczne, iż mimo wszystko trudno być bezwzględnym zwolennikiem tego sposobu w jego obecnie używanej formie i przenosić go ponad uśpienie ogólne.

Nie wyobrażam sobie bowiem, by powikłania takie, jak porażenie nerwów odwodzących gałki ocznej, zapady, ciężkie formy bolów głowy, trwające tygodniami, zmiany odżywcze wzdłuż obszarów pewnych nerwów, porażenie pęcherza, odbytnicy, zapalenie opon mózgowych (w piśmiennictwie 11 przypadków opisanych), a co najważniejsze liczne wypadki śmierci *in tabula*, o ile się przydarzą chirurgowi, zachęcały do ponownego użycia tego sposobu, szczególniej, gdy się go użyło do zabiegu małego, np. operacji przepukliny itp. A powikłań tych notuje piśmiennictwo sporo i to bardzo poważnej natury. Jeżeli nawet użyjemy środka najmniej trującego ze wszystkich t. j. nowokainy, widzimy, że i jej nie brak wielu ujemnych stron. Picard (klinika Schmiedena) opisuje po użyciu 5% nowokainy na 46 przypadków znieczulenia lędźwiowego 8 razy silne bole głowy. Czerwenka po użyciu 0·15 gr nowokainy spostrzegał również bardzo silne bole głowy. Landow po 2·5 ccm 5% nowokainy zauważył 8-go dnia obustronne porażenie nerwów, odwodzących gałkę oczną, ponadto cierpiał ten sam chory przez 4 tygodnie na bole głowy nie do zniesienia. Wogóle bole głowy występują bardzo często po nowokainie i należą do objawów następowych, najprzykrzejszych w działaniu tego środka. Olendorf podaje częstość ich na 20%, niektórzy na 80—100%.

Sudeck opisuje po nowokainie symetryczną zgorzel skóry pięty wielkości powierzchni dłoni. Weitz stracił chorą wskutek zgorzelinowej odleżyny po 0·15 gr nowokainy.

W klinice naszej mamy obecnie chorego, z porażeniem nerwu, odwodzącego gałkę oczną, u którego wykonano samo tylko znieczulenie lędźwiowe dawką 0·08 gr 1% nowokainy, gdyż chodziło o zabieg operacyjny w górnych częściach jamy brzusznej. Porażenie to trwa już 3 tygodnie i ustępuje bardzo powoli.

Nie mam bynajmniej zamiaru poddawać dokładnej krytyce przyczyn wypadków śmierci przy stosowaniu znieczulenia lędźwiowego. W obronie jego powiem jeno tyle, że przeciwnicy znieczulenia lędźwiowego kładą często na jego karb wypadki śmierci, trafiające się jużto w przebiegu, jużto w kilka godzin po wykonaniu znieczulenia u osobników, które na pewne nie zniosłyby i uśpienia ogólnego. Używamy przecież tego sposobu ze wskazania u ludzi w starszym wieku z wadami serca, cierpieniami przewlekłemi płuc, chorobami nerek, cukrzycą; bardzo polecane bywa też znieczulenie lędźwiowe do nagłych operacji w jamie brzusznej, jakoto: uwięźnięcia lub pęknięcia jelita, a także do zabiegów u opilców. I nie ulega wątpliwości, że niejeden z tych chorych, straconych w znieczuleniu lędźwiowem, nie zniósłby tembardziej uśpienia ogólnego.

Mimo to, stosując znieczulenie lędźwiowe, zostajemy zawsze pod groźbą zadziałania płynu znieczulającego na ośrodki oddechowy i krążenia — okoliczność tłumacząca nam nagłe wypadki śmierci na stole operacyjnym lub w pewien czas później.

Musimy się też liczyć z działaniem środka na samą substancję rdzenia i mózgu, wynikiem czego jest szereg objawów następowych i ubocznych, wymienionych wyżej. Za jedną z przyczyn objawów ujemnych podawano także ułożenie miednicowe wysokie. Ma ono powodować działanie szkodliwe płynu na ośrodek oddechowy.

Mało jednak uwagi poświęcono w piśmiennictwie stężeniu środka. Otóż z przeglądu piśmiennictwa widać, iż wszystkie wypadki śmierci do r. 1912 (mówię tu o nowokainie) zdarzyły się tylko powyżej dawki 0·09 gr tego środka, w stężeniu, przekraczającem zawsze 2%. Takiemi roztworami posługiwali się i nadal posługują przeważnie chirurdzy. I tak używają prawie wszyscy (z małemi wyjątkami) płynu 4—5 procentowego, niektórzy dochodzą nawet do 8% (Füster). Jedynie Krassowitoff używa płynu 2%. Jeżeli weźmiemy pod uwagę badania Heineckego i Läwena, którzy stwierdzili, że resorbcja nowokainy z worka przeponowego nie odgrywa wielkiej roli, że można ją nawet w dłuższy czas po wstrzyknięciu wykazać w płynie mózgowo-rdzeniowym, jakoteż badania Rehna, który w 24 godzin po znieczuleniu lędźwiowem u zwierząt zauważył rozpuszczenie się ziarenek Nissla i achromatozę komórek rogów przednich i bocznych rdzenia, po 10—21 dniach także zwyrodnienie włókien, to

musimy dojść do przekonania, że obok dawki większej i stężenie środka musi odgrywać poważną rolę w wystąpieniu objawów ujemnych po znieczuleniu lędźwiowem.

Już bowiem wśród znieczulenia obwodowego nerwów nowokainą 2%, nerwów, otoczonych grubą otoczką tkanki łącznej, spotykamy niekiedy w nich samych różne zmiany. Jak bardzo zatem muszą być narażone na działanie środka wiechcie korzonków ogona końskiego, pozbawione wszelkiej otoczki? Zwłaszcza, jeżeli działamy na nie silnem stężeniem środka, łączącego się tak chciwie z substancją nerwową. Podobnie też stężenie środka będzie ważnym momentem w działaniu na ośrodek oddechowy.

Ilość płynu mózgowo-rdzeniowego bywa u różnych osobników niejednakowa. Obok t. zw. »suchych rdzeniów«, gdzie nakłuciem nie wydobędziemy ani kropli lub co najwyżej skąpą ilość płynu, spotykamy płyn mózgowo-rdzeniowy, tryskający strumieniem. Podobnie przestrzeń podpajęczynowa nie zawsze jest jednakowo drożna, a i praw krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego dokładnie nie znamy.

Wszystkie te okoliczności sprawiają, że nigdy nie jesteśmy pewni wyników działania środka, wprowadzonego w tej samej dawce i tym samym sposobem. Wiemy zaś teraz, że działanie trujące nowokainy zależy nie tyle od jej ilości wprowadzonej do ustroju, ile od stężenia, w jakiem zadziałać może na główne jego ośrodki.

Pierwszy, który w stężeniu płynu upatrywał jedną z głównych przyczyn znieczulenia lędźwiowego, był H o f m a n z Kalk-Köln. Polecał on w pracy swej używanie roztworu 1%, pozostając przy dawkach dotychczas używanych. Odniosłem się listownie do autora tego sposobu z zapytaniem o wyniki, gdyż dotychczas ich nie ogłosił. Otrzymałem odpowiedź, że nie były one zachęcające z powodu zbyt krótkiego trwania i nasilenia znieczulenia, tak, iż odstąpił wogóle od stosowania płynów rozcieńczonych, jak wogóle i znieczulenia lędźwiowego, a posługuje się obecnie uśpieniem chloroformowem.

Mimo to postanowiłem próbować działania płynów rozcieńczonych. Niestety, podobnie jak i H o f m a n, doznałem całego szeregu zawodów. Stosowałem np. dawki 00.8 gr i więcej w 1% roczynie do operacji przepuklin i wodniaków jądra, z wynikiem stale ujemnym. Dawka ta bowiem, w tem stężeniu, wystarczała co najwyżej do operacji na kończynach dolnych i w okolicy odbytnicy oraz organów płciowych. Działanie znieczulenia było jednak krótkotrwałe. Nasunęła mi się więc myśl, czy nie możnaby przez podaż małych nieszkodliwych dawek, wprowadzonych równocześnie do przestrzeni pod- i pozaoponowej, osiągnąć ich zesumowania się i otrzymać temsamem wynik taki, jak gdybyśmy z każdej z tych przestrzeni pojedyńczo podziałali dawką wysoką, często dla ustroju szkodliwą, ale skuteczną. Uniknęlibyśmy temsamem szeregu ujemnych objawów, właściwych t. zw. wysokiemu znieczuleniu krzyżowemu ewentualnie lędźwiowemu w ich dotychczas używanej postaci. I tu przekonałem się, że na tej drodze rzeczywiście można otrzymać doskonałe znieczulenie kończyn dolnych i niższych obszarów jamy brzusznej, znieczulenie tak pod względem czasu trwania, jakoteż i rozległości obszaru, zupełnie wystarczające do przeprowadzenia wszystkich zabiegów w powyższych okolicach.

Dawkami temi są: 0·04 gr — 0·05 gr w 1% roczynie nowokainy podanej śródoponowo i 0·4—0·5 gr pozaoponowo, również w 1% roczynie.

O wykonaniu operacji przepukliny dawką 0·04 gr nowokainy 1% mowy być nie może, gdyż poza powyżej opisanemi celowemi próbami przekonaliśmy się kilkakrotnie, że w wypadkach, gdzie znieczulenie krzyżowe nam się nie udało lub nie byliśmy go pewni, a mimo to przystąpiono do zabiegu, tam prawie zawsze mieliśmy zawód. Wiadome jest, że przepukliny skutkiem unerwienia pola operacyjnego wyższych odcinków rdzenia nie zawsze dają się operować bezboleśnie nawet przy użyciu większych dawek nowokainy. Stwierdza to C h a p u t, który pracując 4% roztworem (do operacji przepuklin daje 2 cm³ płynu t. j. 0·08 gr), mimo to uskarża się na 16 zawodów przy 250 operacjach i podnosi specjalnie niepewność tego znieczulenia przepuklin. Podobnie też dawką 0·4 1% nowokainy pozaoponowo otrzymać możemy co najwyżej znieczulenie obszaru około-odbytniczego i organów płciowych, nigdy zaś kończyn dolnych.

Tymczasem, równoczesne wprowadzenie powyżej wymienionych dawek daje nam doskonałe znieczulenie kończyn dolnych i niskich obszarów jamy brzusznej, trwające 1—2 godziny.

Suma więc obu tych małych dawek daje po największej części zupełny brak czucia. Co najważniejsze — jak z naszych dotychczasowych spostrzeżeń wynika — zabieg ten pozbawiony jest dla chorego poważnych następstw, związanych częstokroć ze stosowaniem każdego z nich z osobna w dotychczas używanej formie. Przeglądając bowiem historję chorób naszych 115 chorych, operowanych w tem znieczuleniu, nie spotykamy poza bolami głowy lekkiego stopnia żadnego z ujemnych objawów, właściwych znieczuleniu lędźwiowemu lub znieczuleniu krzyżowemu.

Bole głowy wystąpiły w 8% naszych przypadków. Nasilenie miały bardzo słabe, trwały co najwyżej 2—3 dni. Jedna tylko chora skarżyła się na bole głowy, trwające około 5 dni. Piramidon z kofeiną sprawiały znaczną ulgę. Bóle głowy miały tak lekkie nasilenie, że nie mieliśmy nigdy powodu uciekać się do środków energiczniejszych, jak do nakłucia lędźwiowego, ewentualnie do wlewań podskórnych soli fizjologicznej.

Wymioty na stole operacyjnym mieliśmy trzy razy. Raz spostrzegałem nieznaczną sztywność karku obok lekkiego bolu głowy. Trudności w oddawaniu moczu mieli chorzy dwa razy, głównie po zabiegach na odbytnicy i po operacjach przepuklin, tak że niema pewności, czy objaw ten był w związku ze sposobem znieczulania.

Sam zabieg nakłucia, tak lędźwiowego jak krzyżowego, znosili chorzy bardzo dobrze, odczuwając go znacznie mniej, aniżeli ból przy znieczulaniu sposobem infiltracyjno-obwodowym.

Miałem sposobność przekonać się o tem dwukrotnie. Pierwszym razem operowano u jednego chorego przepuklinę w znieczuleniu krzyżowo-lędźwiowem, w kilka dni później drugostronną ze znieczuleniem miejscowem sposobem B r a u n a. Chory ten orzekł, że woli bezwarunkowo znieczulenie krzyżowo-lędźwiowe. To samo dowiedziałem się od chorego, u którego po znieczuleniu przez napojenie okolicy odbytniczej nie operowano guzów krwawnicowych, gdyż chory, będąc źle przygotowanym do operacji, oddał stolec. Operowany następnie w znieczuleniu krzyżowo-lędźwiowem orzekł, że pierwszy rodzaj znieczulenia był o wiele przykrzejszy, nazwał go wprost barbarzyńskim w porównaniu z drugim.

Jeżeli porównamy wyniki naszego znieczulenia pod względem objawów ubocznych, towarzyszących i następowych z wynikami autorów innych, używających również nowokainy do znieczulenia lędźwiowego, to możemy być z naszych wyników zupełnie zadowoleni. I tak M a y e r spostrzegał bole głowy w 14% przypadków, z tego 8 dni trwające w 36%, 3 dni w 40%, 14 dni w 4%. Niekiedy były bole te bardzo męczące. F i l i p o w i c z miał 50% bolu głowy. Ze 100 chorych K a i s e r a 30 chorych miało objawy następowe, 30 uboczne, a 10 towarzyszące.

Innych ciężkich zaburzeń, o których mówiłem wyżej, nie spostrzegałem ani razu.

Wykonano w tem znieczuleniu 186 zabiegów, a to:

przepuklin i wodniaków jądra	87
zabiegów na kończynach dolnych	76
w tem wypiłowania stawu kolanowego	25
odprowadzenia krwawego stawu biodrowego	3
operacji żylaków	5
wycięcia nerwów sympatycznych sposobem Leriche'a	7
operacji słoniowacizny	5
wycięcia odbytnicy z powodu raka	6
wycięcia macicy	2
torbieli jajnikowej	4
wycięcie gruczołu krokowego drogą ponadłonową	4
cięcie wysokie	3
usąnięcia jądra	4

Znieczulenie niedopisało trzy razy. Nie da się jednak wykluczyć, czy nie popełniono błędów techniki.

W przekonaniu, że sposób ten nadaje się także do zabiegów na macicy i jej przydatkach, zaproponowałem, by w klinice położniczej docenta Dra Bocheńskiego wypróbował go kol. Seidler. Zastosował go też w blisko 100 przypadkach, a wyniki swych doświadczeń, jak mnie zapewniał na ogół dobrych, ogłosi w najbliższym czasie.

Najważniejsze dla nas jest, że, jak z historji chorób wynika, nie zanotował żadnego przypadku ujemnego poza bolami głowy, ale o tak małem nasileniu i tak krótko trwającemi, że i jego wyniki popierają nasze doświadczenia co do małego niebezpieczeństwa kombinacji obu tych sposobów.

Zauważyłem, że wynik znieczulenia zależy w wysokim stopniu od techniki w wykonaniu nakłucia lędźwiowego, a może jeszcze wiecej i krzyżowego. Gdyż tylko w razie pomyślnego udania się obu powyższych zabiegów możemy liczyć na udałe znieczulenie. Wynik tego sposobu znieczulenia — nazwę go może ostatecznie „krzyżowo-lędźwiowym" — jest więc w wielkim stopniu rzeczą wprawy. Już Liebich stwierdził, że w czasach wojennych, gdy w klinice zajętych było tylko dwóch asystentów, ilość zawodów w znieczuleniu krzyżowem spadła z 15 na 5%, by z chwilą powrotu i wstąpienia młodszych lekarzy, ćwiczących się w tym sposobie znieczulenia, powrócić do dawnej cyfry 15%. Przedewszystkiem technika nakłucia kanału krzyżowego powinna być dobrze opanowana. Dla wprawionych zmniejsza się znacznie ilość krzywicowo zmienionego rozworu kości krzyżowej, zarośnięć jego, zrostów w kanale krzyżowym, tłustych powłok, co początkującym wielce daje się we znaki, a ilość dodatnich nakłuć wzrasta.

Do znieczulenia krzyżowego używam tylko roztworu 1%-wego nowokainy, w odróżnieniu od innych, którzy używają roztworu półtora procentowego, przygotowanego sposobem Läwena, tj. rozczynu 1½% dwuwęglanu nowokainy. Badania Grossa wykazały mianowicie, że dwuwęglan nowokainy ma przenikać prędzej przez grubą otoczkę nerwów i wywoływać tem samem dłużej trwające znieczulenie. Härtel i Braun nie mogli się praktycznie przekonać o wyższości zasad nowokainy nad roztworami jej chlorków. Ponadto dwuwęglan nowokainy nie jest środkiem obojętnym dla ustroju. Martwice skóry opisywane przez Zweifla oraz dość kłopotliwy sposób przygotowania roztworu nie zachęcały do jego stosowania.

Znieczulenie lędźwiowe wykonujemy zawsze w ułożeniu leżącem chorego, by uniknąć zbytnich wahań płynu mózgowo-rdzeniowego. Używamy 1% nowokainy wedle ogólnie znanego przepisu Brauna, w zwykłym roztworze Kalium sulf. 0·4%, Natrium chlorat. 0·7%. Adrenaliny dodajemy zawsze i nie widzieliśmy nigdy ujemnych skutków po jej stosowaniu. Trójgrańcem Biera nie posługujemy się nigdy, jako narzędziem za grubem. Nakłuwamy oponę twardą zwykłą cienką igłą 6-cio cm, używaną do innych znieczulań. Miejsce nakłucia jodynujemy uprzednio. Położenia miednicowego wysokiego nie używamy nigdy. Podobnie też nie upuszczamy płynu mózgowo-rdzeniowego, chociaż odniosłem wrażenie, że jak to stwierdza Delmas Paul, po upuszczeniu 10—15 cm³ znieczulenie trwa dłużej. Sądzę jednak, że bole głowy występują wtedy znacznie częściej.

Co się tyczy porządku, w jakim wykonuję oba nakłucia, muszę podnieść, że bardzo ważne jest wprowadzenie wpierw płynu do przestrzeni pozaoponowej, a dopiero w chwilę później do worka opony twardej. Z badań moich z Tychowskim wynika, że już wprowadzeniu 40 cm³ płynu pozaoponowo towarzyszy dość znaczne podniesienie się ciśnienia w płynie mózgowo-rdzeniowym, ograniczające się przy tej ilości płynu prawdopodobnie tylko do dolnych części worka rdzeniowego. Większe ilości — jak badania nasze wykazały — mogą powodować znaczne zwiększenie się ciśnienia śródczaszkowego i wywoływać nawet napady epileptyczne, prawdopodobnie przez wyparcie płynu mózgowo-rdzeniowego z obrębu kanału rdzeniowego do jamy czaszki.

Zwiększone ciśnienie w worku opony twardej po wprowadzeniu tej stosunkowo małej (40 cm³) ilości płynu opada jednak szybko do normy, tak, iż możemy już wtedy wstrzyknąć płyn znieczulający śródoponowo bez obawy, by został wyparty przez zwiększone ciśnienie w wyższe części kanału rdzeniowego. Chorych naszych przygotowujemy w ten sposób, iż na godzinę przed operacją wstrzykujemy podskórnie 0·01 gr morfiny, a *per os* każemy zażyć do 1 gr weronalu, zależnie od wieku chorego. Weronal podajemy nie w celu wywołania stanu uśpienia, wspomagającego znieczulenie. Kilkakrotnie bowiem znieczulaliśmy chorych bez weronalu, a mimo to mieliśmy dobre wyniki. Cenimy ten środek, zachęceni wynikami badań p. Agdy Hofvendahl, która wykazała, że zwierzętom (doświadczenia wykonała na małpach i psach) po podaniu zapobiegawczo weronalu można bezkarnie wstrzykiwać podwójną a niekiedy i większą dawkę śmiertelną kokainy. Zwierzęta takie po krótkim okresie zatrucia przychodzą szybko do siebie. Badania te powtórzyłem na przeszło 30 królikach przy użyciu nowokainy i przekonałem się, że twierdzenie p. Hofvendahl, słuszne odnośnie do kokainy, obowiązuje także i dla nowokainy. Dawka śmiertelna na klg żywej wagi królika wynosi, według różnych autorów, od 0·4 do 0·5 gr nowokainy na drodze podaży podskórnej. Wprowadzałem tymczasem królikom 0·8 pro kilo, ale zwierzęta znosiły tę dawkę tylko po uprzedniej podaży weronalu. Kontrolne ginęły bez wyjątku.

Co się tyczy wytłumaczenia, w jaki sposób występuje bezbolesność przy sposobie krzyżowo-lędźwiowym, to jedno podałem już powyżej.

Mielibyśmy zatem do czynienia z sumowaniem się obu dla ustroju nieszkodliwych, ale i w pojedynkę nieskutecznych, równocześnie wprowadzonych dawek w substancję samych nerwów, na drodze ich przebiegu, śródoponowej i pozaoponowej, nie narażając ustroju na szkodliwe działanie skutecznej, ale każdej z nich pojedyńczo podanej.

Druga myśl jest ta, że mamy i w naszym sposobie do czynienia z sumowaniem się obu rozmaicie wprowadzonych dawek, ale w płynie mózgowo-rdzeniowym w myśl teorji Läwena, tłumaczącego nią działanie znieczulenia krzyżowego.

Niestety teorja ta nie utrzymała się z chwilą pojawienia się wysokiego znieczulania krzyżowego. Albowiem w płynie mózgowo-rdzeniowym po znieczuleniu krzyżowem nawet i wysokiem nie udało się nigdy wykazać nowokainy, a co najważniejsze, brak przecież znieczuleniu pozaoponowemu, tak wysokiemu jak i niskiemu, ubocznych przypadów znieczulenia lędźwiowego, mających swój powód w bezpośredniem zetknięciu się nowokainy z substancją rdzenia i płynu mózgowo-rdzeniowego.

Resumé: Na podstawie moich wyników i spostrzeżeń na materjale może jeszcze skromnym, bo tylko 115 chorych, doszedłem na razie do wniosku, że sposób znieczulenia krzyżowo-lędźwiowego obniża w znacznym stopniu niebezpieczeństwo, związane z zastosowaniem każdego z nich z osobna w formie jego dotychczas używanej, gdyż dawka 0·34 gr 1% nowokainy jest bardzo mała, a w stosunku do osiągniętego obszaru bezbolesności i długości czasu trwania przemawia za stosowaniem tego sposobu.

Z praktyki.

A. PUŁAWSKI, naczelny lekarz szpit. D. J. Warszawa.

Zatrucie solami barowemi w celach samobójczych. Wyzdrowienie [1])

Dnia 6. III. rb. przywieziono na mój oddział 18-letnią dziewczynę, która dnia poprzedniego w południe w celach samobójczych wypiła 2 duże proszki (mniej więcej 2 łyżki stołowe) trucizny na szczury (?), zaprawione przez nią nalewką jodową (łyżka jodyny na ¼ szklankę wody). Chora jest zupełnie przytomna i inteligentna (szwaczka) i dokładnie opisuje przebieg całego zajścia. W 4 godziny po zażyciu trucizny poczuła bardzo silne bóle brzucha z lewej strony i zaczęła wymiotować często i obficie. Wtedy dla skrócenia cierpień przecięła sobie brzytwą (dość tępą) jakoby żyły na obu rękach, tam, gdzie się wyczuwa zwykle tętno. Skończyło się jednak tylko na przecięciu skóry, którą spojono t. zw.

[1]) Chorą przedstawiono na posiedzeniu klinicznem szpitala D. J. dnia 11 marca br.

»michałkami«. W nocy uczuła bezwład najpierw w rękach, potem w nogach i w całem ciele, tak że ją przywieziono nad ranem do szpitala w stanie absolutnego bezwładu. Wypróżnień nie było; moczu nie oddawała.

Stan obecny. Mały wzrost, silna budowa, dobre odżywianie. Policzki zarumienione. Zupełny wiotki bezwład kończyn, tułowia, szyi, z trudnością porusza głową, nie może usiąść, ani przewrócić się z boku na bok. Czucie skórne wszelkiego rodzaju zachowane. Odruchy kolanowe normalne. Babiński ujemny. Tony serca silne, co pewien czas niemiarowe, przyśpieszone. Bolesność brzucha w dolnej części z lewej strony na ucisk. Perjod był przed tygodniem. Mocz wypuszczony cewnikiem ma barwę czerwoną, nie zawiera jednak krwi, na filtrze pozostawia osad czerwony. C. wł. 1024, oddziaływanie wyraźnie kwaśne. Białka ślad (0,03‰), cukru ani acetonu nie ma. Wyraźny i mocny odczyn na jod. Urobiliny ślad. Osad: nieco kryształów szczawianu wapna. Wyługowane krążki czerwone 1—3 w polu widzenia; leukocyty 1—2 w polu widzenia, pojedyńcze nabłonki płaskie.

Stolec po lawatywie normalny. Wymioty po każdem przyjęciu płynów, daje się zauważyć pewna trudność łykania. Zalecono zastrzykiwania kamfory i gorące okłady na brzuch.

Taki stan trwał mniej więcej całą dobę. Na drugi dzień wymioty ustąpiły, bóle się zmniejszyły. Bezwład ustąpił także, ale ruchy były jeszcze niezupełnie sprawne. Zjawiło się zaczerwienienie skóry *(erythema)*, zwłaszcza na kończynach dolnych w okolicy kolan.

8. III. Ruchy zupełnie swobodne, chora wstaje, chodzi, jada, czuje się dobrze. Moczu 500 C. wł. 1010, odczyn kwaśny. Ślad białka (0,003%). Osad: nieco płaskich komórek nabłonkowych, kilka leukocytów w polu widzenia, pojedyńcze krwinki czerwone. Jodu nie znaleziono.

Następnego dnia dobowa ilość moczu 1500, potem 1700. Chora wychodzi ze szpitala zdrowa 11. III.

Jaki był skład trucizny, dającej tak niezwykłe objawy, jak ogólny bezwład, trwający prawie 2 doby i czerwone zabarwienie moczu? Chora zeznała, że trucizna na szczury, którą kupiła w aptece, nazywa się popularnie klaps. W jednej z aptek dowiedziałem się, że się nazywa kaps, że jest sprowadzaną z Łodzi, ale nawet ajent, który ją sprzedaje, nie umiał mi podać jej składu. Miałem już ją nabyć i posłać do analizy, gdy w jednym z ostatnich numerów P. G. L. (N. 8) przeczytałem pracę doc. J. Olbrychta z Krakowa p. t. Otrucie solami barowemi, z której dowiedziałem się, że ów kaps, trucizna na szczury, zawiera sole barowe (węglan baru), które wywołują między innemi objawy bezwładu. Czerwone zabarwienie moczu zależy prawdopodobnie od domieszki jakiegoś barwika (karmin, fuchsyna), gdyż jak się przekonałem później, ów kaps jest to proszek różowawy, który po rozpuszczeniu w wodzie daje płyn czerwony, podobny z barwy do moczu naszej chorej. Jakie znaczenie miał tu jod, jaki procent soli barowych znajduje się w tej truciźnie na szczury, tego na razie nie mogę rozstrzygnąć. Pozwoliłem sobie ten wypadek przedstawić na posiedzeniu klinicznem i ogłosić go dla oszczędzenia kolegom kłopotów djagnostycznych, w jakich się sam znalazłem. Chociaż w noszym szpitalu spotykamy bardzo wiele przypadków otruć w celach samobójczych, tego rodzaju otrucie spotykamy po raz pierwszy, aczkolwiek zatrucia solami barowemi są nam znane z czasów wojennych — zaprawiano niemi mąkę, jak to wiemy z pięknej pracy prof. A. Januszkiewicza i Higiera.

Nawiasowo dodam, że wyżej opisana chora, pomimo swój wiek młodociany, już nie poraz pierwszy usiłowała odebrać sobie życie, przed 2 laty truła się arszenikiem — również bezskutecznie. To mię naprowadzało na myśl, czy nie jest dotknięta stanem grasiczo-gruczołowym, który, jak wiadomo, spotyka się tak często u samobójców (Hornowski i in.) Badanie krwi dało mi w tym kierunku wynik ujemny, gdyż na 12200 leukocytów, znaleziono tylko 25% limfocytów; 65% wielojądrzastych, 2% eozynochłonnych, 7·5% mono — i przejściowych, przy 78% hemogl. i 4,400.000 ciałek czerwonych (Górski). Co do grasicy, to badanie kliniczne (opukiwanie) nie wykazało powiększenia tejże; prześwietlanie promieniami Roentgena daje zwykle wyniki tak nikłe, a raczej żadne, że go zaniechałem ze względu na koszty zdjęcia.

Anastazy LANDAU. Warszawa.

Kilka słów odpowiedzi na artykuł Dra H. Kryszka: „O notowaniu w historji choroby ilości dobowej białka“ w P. Gaz. lek. Nr. 9. z r. 1923.

(Z powodu artykułu dra Lewensteјna: »O stosowaniu bizmutu w ostrem zatruciu sublimatem« w P. Gaz. lek. Nr. 3. z r. 1923).

Ponieważ kol. Lewenstejn wysłany został na kilko tygodniowe ćwiczenia wojskowe i nie wiem, czy artykuł dr. Kryszka dojdzie go we właściwym czasie, pozwalam sobie napisać tych parę słów, uważam się bowiem za odpowiedzialnego za rzecz, która wyszła z oddziału z mojej inicjatywy. Oznaczanie w historji choroby wydajności dobowej cukru z moczem ma całkiem inne znaczenie, aniżeli ilość białka. Odsetkowa zawartość cukru w moczu nie ma zgoła żadnej wartości, a powiedziałbym właściwie to samo o ilości dobowej cukru; dopiero zestawienie tej ostatniej liczby z dowozem cukru (ew. węglowodanów) oraz jednoczesne wzięcie pod uwagę dowozu białka i tłuszczów pozwalają orzec, z jakiego rodzaju cukrzycą mamy do czynienia, lekką czy ciężką, i w jakim stanie znajduje się tolerancja węglowodanowa danego chorego.

Na potwierdzenie tego poglądu przytoczyć mógłbym liczne przypadki niezwykle ciężkiej cukrzycy z wydajnością dobową cukru 0 podczas djety głodowej, oraz przypadki bardzo lekkiej cukrzycy z wydajnością cukru, wynoszącą kilkaset gramów na dobę, u chorych, znajdujących się na zwykłem pożywieniu mieszanem i dających się następnie niezwykle łatwo odcukrzyć. Czy warunki liczbowe z cukrzycy dadzą się całkowicie przenieść na zapalenie nerek, jak tego pragnie kol. Kryszek? Czy zestawienie utraty dobowej białka z moczem z dowozem białka w pokarmach ma w zapaleniu nerek tę samą wagę, co zestawienie odnośnych liczb dla cukru w cukrzycy? Oczywiście nie. Pod względem rozpoznawczym dobowa wydajność białka nic nie jest w stanie dodać do wniosków, wyprowadzonych na podstawie zawartości odsetkowej białka w moczu. Co się zaś tyczy rokowania, to ta ostatnia liczba jest częstokroć bardziej czułym wskaźnikiem, aniżeli wydajność dobowa białka. To samo miało miejsce w naszym przypadku otrucia sublimatem, co zresztą stwierdza również kol. Kryszek. Oznaczanie ilości dobowej białka w moczu ma znaczenie tylko w jednym przypadku, a mianowicie wówczas, kiedy pragniemy zestawić bilans białkowy, ew. azotowy danego osobnika. Z uwagi na powyższe jestem zdania, iż nie jest celowe przeciążanie historyj choroby liczbą dobowej ilości białka, otrzymaną tylko z obliczenia, jeżeli liczba ta nie daje dokładniejszego wglądu w istotę sprawy chorobowej.

Dr. ALLERHAND. Lwów.

Z powodu artykułu dra J. Fleszlera w Nr. 13. 1923. PGL: „W sprawie leczenia gingivitis et stomatitis mercurialis w kile“.

Siarkan cynkowy, jako środek leczniczy w sprawach zapalnych jamy ustnej, jest dobrze znany stomatologom. Farmakolog amerykański H. Prinz mówi o nim na str. 205. swego podręcznika farmakologji dentystycznej *Dental Materia Medica and Therapeutics*, wyd. V., 1918:

Siarkanu cynkowego używamy jako środka ściągającego w roztworach ½ do 10%-owych przy sprawach wrzodziejących jamy ustnej; jego działanie jest znacznie słabsze od działania chlorku cynkowego. Z powodu swych własności drażniących błonę śluzową żołądka działa w większych dawkach (1 g) jako skuteczny środek wymiotny«.

Jako płukankę ściągającą podaje Prinz:

Rp	Zinci sulfur.	4.0
	Glycerini	8.0
	Aq. Rosae	60.0

M. S. Rozcieńczyć równą ilością wody do płukania ust.

Nadmienić jeszcze winienem, że po płukance powyższej widziałem doskonałe wyniki przy stanach zapalnych jamy ustnej ewentualnie w połączeniu z podanem przezemnie stosowaniem soli Morszyńskiej. (Polska Gazeta Lekarska 34. 1922, p. 675).

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Nowoczesne zmiany poglądów na cukrzycę i jej leczenie.

Rozpatrując cukrzycę w świetle nowszych poglądów zaraz na wstępie, gdy usiłujemy określić, czy cukrzyca, jako taka, jest wogóle odrębną jednostką kliniczną, należy zaznaczyć, że niektórzy klinicyści, zwłaszcza francuscy, uważają nie tylko cukromocz, ale także cukrzycę nie za odrębną chorobę, lecz tylko za kliniczny zespół objawowy, który może mieć najrozmaitsze przyczyny w rozmaitych schorzałych narządach. Naogół rozumiemy zazwyczaj przez cukrzycę zaburzenie przemiany materji, głównie przemiany węglowodanów, połączone z długotrwałem wydzielaniem cukru. Właściwe nowoczesne poglądy na cukrzycę datują się od połowy 19 wieku tj. od badań francuskiego fizjologa Klaudjusza Bernarda nad czynnością wątroby i nad glikogenem. On to wykrył w roku 1847, że normalnie we krwi zawarty jest cukier w ilości nieprzekraczającej 0.1%. On też stwierdził, że źródłem tego cukru jest zawarty w wątrobie i w mięśniach glikogen. Według Kl. Bernarda każdy przejaw chorobowy jest zmienioną funkcją fizjologiczną ustroju i każda choroba ma jakąś odpowiadającą jej czynność prawidłową, której zaburzenie, spotęgowanie, osłabienie lub ustanie stanowi chorobę. Istoty cukrzycy dopatrywał się Kl. Bernard w chorobowo spotęgowanem tworzeniu się cukru, czyli w hyperprodukcji cukru.

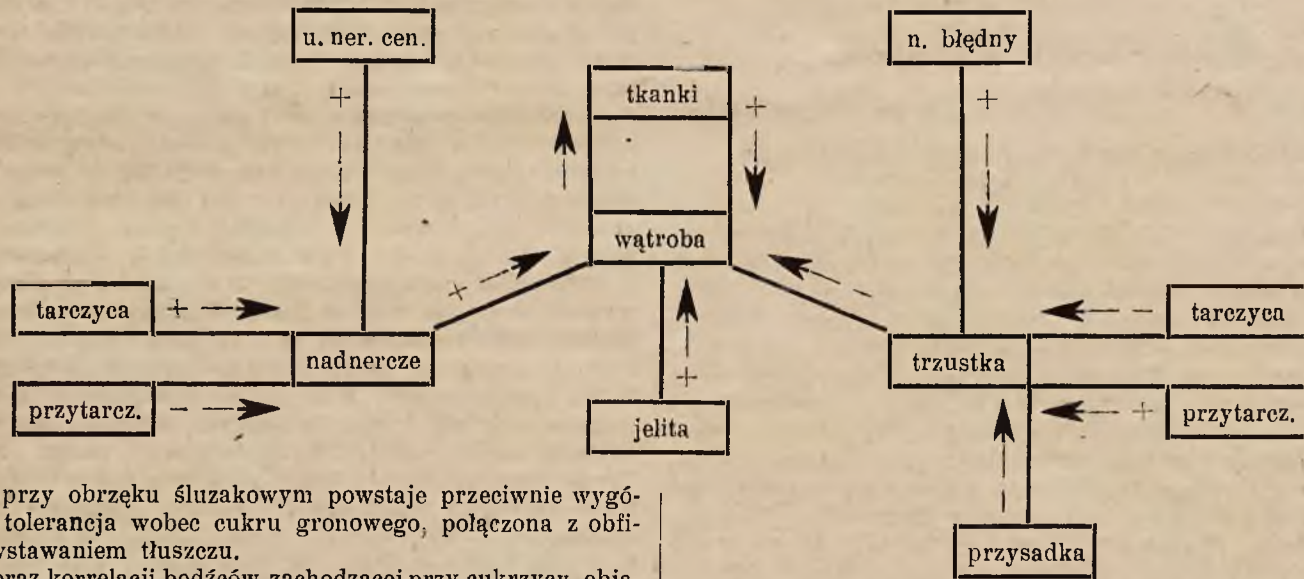
Teorja Kl. Bernarda była przez kilkadziesiąt lat silnie zwalczana w Niemczech przez Külza, Noordena i Minkowskiego, a we Francji przez Bouchardа. Twierdzili oni, że wbrew zapatrywaniom Bernarda nie zachodzi w cukrzycy wzmożona produkcja cukru, lecz, że powstaje zahamowanie i wstrzymanie dalszego rozpadu wytworzonego już cukru. Djabetyk, według nich, stracił zdolność utleniania cukru, doprowadzonego mu z pokarmów, względnie wytwarzającego się w ustroju z innych źródeł, i nie potrafi procesu spalania cukru, jak się to dzieje u zdrowego, doprowadzić do końca tj. do wytworzenia kwasu węglowego i wody. Ponieważ zaś cukier nie zostaje zniszczony, przeto zostaje on, jako taki, niezmieniony wydzielony przez nerki. Zamiast teorji nadmiernego wytwarzania Kl. Bernarda postawili oni zatem teorję zaburzenia przez zmniejszone zużytkowanie cukru (*Theorie des gestörten, verminderten Zuckerverbrauches — défaut d'assimilation du sucre).* Na powstanie tej opozycyjnej teorji wpłynęły głównie znane doświadczenia Mehringa i Minkowskiego w Niemczech, a Lepiné'a we Francji. Mehring i Minkowski udowodnili, że, jeżeli się psu wytnie całą trzustkę, to powstaje u zwierzęcia silna cukrzyca. Atoli, jeżeli się tylko podwiąże przewód wywodzący z trzustki, albo gdy część trzustki pozostanie, to wówczas cukrzyca u zwierzęcia nie powstaje. Wysnuto stąd wniosek, że chodzi przytem o specjalną czynność trzustki, bliżej nie zbadaną, której wypadnięcie powoduje, że cukier nie może się w ustroju doszczętnie spalić względnie rozpaść. Według Lepine'a trzustka w normalnych warunkach oddaje bezpośrednio do krwi ferment, zwany fermentem glikolitycznym, który niszczy cukier. U djabetyka brak tego fermentu we krwi i dlatego zostaje zdolność glikolityczna krwi znacznie obniżona, a w następstwie tego zostaje wydalony cukier niezużytkowany.

Jak widzimy zatem, w nauce o cukrzycy stanęły naprzeciw siebie dwa zupełnie przeciwne teoretyczne poglądy na pochodzenie przecukrzenia krwi i cukromoczu, a mianowicie dawna teorja Bernarda, odnosząca przecukrzenie do nadmiernego wytwarzania cukru, oraz druga teorja dowodząca, że istotę schorzenia stanowi nie zwiększenie ilości, lecz zmniejszenie rozpadu i zużytkowania cukru w tkankach czyli teorja nieutleniania cukru. Nadto badania Embdena przemawiały za tem, że w cukrzycy zachodzi równocześnie i nadmiar wytwarzania cukru i słabsze jego utlenianie. Wszelako teorja nieutleniania cukru panowała prawie że niepodzielnie aż do ostatnich czasów, zwłaszcza w Niemczech. Tylko nieliczni klinicyści, jak np. Lenné i Kolisch, pozostali wiernymi dawnej teorji nadmiernego wytwarzania.

Obecnie jednak w czasach nowszych poglądy teoretyczne na cukrzycę uległy gruntownej i zasadniczej zmianie, a to właśnie w tym kierunku, że przyjmuje się na nowo, iż tworzenie się cukru z powodu zaburzeń regulacyjnych jest chorobliwie spotęgowane i w ten sposób powstaje przecukrzenie krwi i cukromocz. Jest to zupełny powrót do dawnej teorji o nadmiernem wytwarzaniu Kl. Bernarda, a także i Noorden, który dawniej usilnie zwalczał tę teorję, w nowszych swych pracach stał się jej zwolennikiem i poplecznikiem. Na tle tych nowoczesnych poglądów uwydatniła się wybitnie tzw. teorja »podrażnienia« Kolischa (Reiztheorie), która przy leczeniu dąży do chronienia komórek, a zwłaszcza wątroby, od nadmiernych podniet do wytwarzania cukru. Przy cukrzycy bowiem stanowi istotę schorzenia wielka pobudliwość i podrażnienie narządu cukrotwórczego. Normalna regulacja ustaje i, aczkolwiek sprawa jakościowo może być prawidłowa, to jednak ilościowo wykracza poza normę, a to u jednego chorego silniej, u drugiego słabiej, odpowiednio do stopnia schorzenia. Niestosunek między siłą bodźca a wygórowanym cukrotwórczym efektem stanowi charakterystyczną cechę cukrzycowego zaburzenia przemiany materji. Ciężkość schorzenia zależy od wielkości tego niestosunku. Podczas gdy u jednego ta przeczulica jest nieznaczna i ukazuje się wyraźniej dopiero przy silniejszem podrażnieniu, u drugiego jest bardzo silna. Bodźcami, wywołującemi wygórowane podrażnienie, jest sama praca komórek i zadania, stawiane komórkom przy przeróbce cukru jelitowego, oraz zadania, wynikłe ze spotęgowanych spraw utleniania w ustroju. Spotęgowanie ogólnej przeróbki, bez względu na to, przez co ono jest wywołane, oznacza zawsze w pierwszej linji obciążenie przeróbki cukrowej, gdyż największą część spraw utleniania stanowi spalanie cukru bez względu na punkt wyjścia, tj. czy stanowi go praca mięśniowa, czy gorączka, czy przekarmienie, czy też wpływ wydzieliny tarczycznej, a naodwrót zmniejsza się cukromocz przez obniżenie całej przemiany materji, np. przez ograniczenie żywienia.

Wybitny wpływ na poglądy na cukrzycę wywarła współczesna nauka o wewnętrznem wydzielaniu dokrewnem czyli nauka o hormonach. Według tej teorji, jak wiadomo, w różnych narządach, komórkach i tkankach ustroju powstaje cały szereg różnorodnych ciał chemicznych, które dostają się wprost do krwi, a w drodze krążenia do odległych narządów, i tu spełniają rolę bodźców, bądź drażniących i pobudzających, bądź osłabiających i hamujących czynność danych odległych narządów. W ten sposób powstaje wzajemne działanie na siebie rozmaitych narządów, ich wzajemna zależność, czyli t. zw. korrelacja względnie koordynacja. Ponieważ w żywym ustroju narządy te są równocześnie czynne i oddają swoje wydzieliny równocześnie ustrojowi, przeto wydzieliny jednych narządów w działaniu swojem nawzajem się uzupełniają i podniecają, natomiast do innych wydzielin pozostają równocześnie w stosunku hamującym i antagonistycznym. Tak np. między wydzieliną tarczycy a wydzieliną układu chromochłonnego nadnerczy istnieje wzajemne uzupełnianie i podniecanie, natomiast obie te wydzieliny w stosunku do hormonu trzustkowego pozostają w antagonizmie. Podobnie trzustka i gruczoły przytarczyczne są wzajemnemi sprzymierzeńcami, a przeciwnikami w stosunku do tarczycy itp. Według tej teorji regulacja przemiany węglowodanów odbywa się w ten sposób, że trzustka hamuje zużycie cukru, a układ chromochłonny nadnercza drażni aparat cukrotwórczy i potęguje zużycie cukru. Przy nakłuciu rdzeniowem Kl. Bernarda powstaje cukromocz na drodze centralnego podrażnienia układu chromochłonnego. Również tarczyca wywiera przez nadmiar lub niedostatek swej wydzieliny dokrewnej pośredni wpływ na

przemianę węglowodanów. Pod wpływem wzmożenia ilości dokrewnej wydzieliny tarczycy proces spalania potęguje się a pod wpływem jej braku spalanie gaśnie. W pierwszym wypadku, tj. pod wpływem hypertyreoidyzmu, powstaje skłonność do hyperglikemji i do cukromoczu żywnościowego, a natomiast przy obrzęku śluzakowym powstaje przeciwnie wygórowana tolerancja wobec cukru gronowego, połączona z obfitem powstawaniem tłuszczu.



Obraz korrelacji bodźców, zachodzącej przy cukrzycy, objaśnia powyższy schemat, według N o o r d e n a, nieco uzupełniony. Od jelit podążają ku wątrobie bodźce, uczynniające aparat cukrotwórczy. Są to bodźce żywnościowe. Stosunek między wątrobą a tkankami jest wyrazem przemiany materji. Na wymogi, pochodzące od tkanek a zwłaszcza od mięśni, odpowiada wątroba uruchomieniem i dostawą cukru do tkanek przez żyłę wątrobową, serce i tętnice. Z boku znajdują się nadnercze i trzustka, najważniejsze i najsilniejsze regulatory, oddziałujące na aparat cukrotwórczy. Nadnercze podnieca i uczula ten narząd cukrotwórczy, a trzustka hamuje jego działanie. Dalsze narządy działają pośrednio na nadnercze lub trzustkę, zwłaszcza wtedy, gdy zajdzie w nich jakieś usposobienie chorobowe, osłabienie czynności lub nadwrażliwość. Jak z tego schematu wynika, pierwotne zaburzenie cukrzycowe może mieć rozmaity punkt wyjścia. Pierwotne schorzenie i zaburzenia w czynności komórek wątrobowych bywa stosunkowo rzadko punktem wyjścia dla cukrzycy. Napotykamy bowiem stosunkowo bardzo często ciężkie schorzenia ostre lub przewlekłe miąższu wątrobowego, a mimo tego rzadko towarzyszy im cukrzyca. Podrażnienie aparatu cukrotwórczego występuje niekiedy wskutek silniejszego podrażnienia aparatu chromochłonnego nadnerczy. Natomiast trzustka, będąca tłumikiem wątroby, jest często źródłem cukrzycy. Według zdania wielu autorów cukrzyca we wszystkich odcieniach i stopniowaniach jest następstwem upośledzonego wydzielania dokrewnego trzustki. Zaburzenie to tkwi głównie we wyspach komórkowych L a n g e r h a n s a i polega na tem, że pod wpływem stanów zapalnych, stanów zakaźno-toksycznych, kamyków, krwotoków, nowotworów, zwapnienia tętnic albo marskości trzustki część tych komórek ulega zniszczeniu. Przy ciągle postępującem zwyrodnieniu trzustki powstaje ciężka, coraz bardziej potęgująca się cukrzyca, która jednak nie pogarsza się, o ile sprawa w trzustce zatrzymuje się. Jednak nawet w najcięższych przypadkach cukrzycy dokrewne wydzielanie trzustkowe całkowicie nie gaśnie. W najnowszych czasach Amerykanie B a n t i n g i B e s t robili kliniczne próby z tzw. »insuliną« tj. wyciągiem z wysp L a n g e r h a n s a, jako z hormonem trzustkowym. Ale istotnie nie udało się dotychczas ująć tej wydzieliny wewnętrznej lub naśladować jej działania w sposób całkiem pewny.

Co się tyczy l e c z e n i a c u k r z y c y, to musimy sobie jasno zdawać sprawę z tego, że i w dzisiejszej dobie nie mamy jeszcze radykalnego sposobu wyleczenia cukrzycy przez usunięcie jej przyczyny. Wprawdzie w wyjątkowych przypadkach, a zwłaszcza w początkach przy wczesnem rozpoznaniu lub gdy chodzi o tło kiłowe, może to się udać, ale na-ogół leczenie ogranicza się i dziś tylko do zapobiegania szkodliwościom, powikłaniom i niebezpieczeństwom, które kryje cukrzyca. Z konieczności stawiamy sobie za cel, o ile usunięcie całkowite cukrzycy nie jest możliwe, dążenie przy odpowiedniem odżywianiu do ograniczenia wydzielania cukru i osiągnięcia możliwego maximum życia i optimum dobrego samopoczucia i sprawności ustroju.

Kiedy w początkach badań nad cukrzycą zauważono, że spożywanie cukru potęguje cukromocz, i kiedy fizjologowie wykazali, że mączne potrawy zamieniają się w jelitach na cukier, postawiono jako główną zasadę djetetyczną przy leczeniu cukrzycy zupełne usunięcie węglowodanów z pokarmów. Zaczęto karmić djabetyków olbrzymiemi ilościami białka, a głównie mięsa. Potem zauważono, że ciężko chorzy djabetycy nawet przy zupełnem wstrzymaniu węglowodanów a obfitem podawaniu białka w pokarmach mogą przez całe tygodnie i miesiące wydzielać znaczną ilość cukru, i że tacy chorzy trwale więcej wydzielają cukru, aniżeliby to odpowiadało wprowadzonym węglowodanom. Wskutek tego powoli rozwinęło się zapatrywanie, że ustrój djabetyka jest w stanie także z ciał białkowych wytwarzać cukier, i dość rychło odezwały się głosy, zwracające się przeciwko czystej djecie białkowej. Kiedy zaś stwierdzono, że djabetyk obok cukru wydziela także w znacznej ilości ciała ketonowe i że śpiączka cukrzycowa polega na zatruciu kwasami ketonowemi, a powstawanie tych ciał jest jeszcze groźniejszym wrogiem, aniżeli cukromocz, zaczęto się przekonywać, że zupełne wstrzymanie węglowodanów, a obfite dostarczanie białka, zwłaszcza u ciężko chorych djabetyków, ogromnie potęguje ketonurję. Nakaz przesadnej, ścisłej i wyłącznej banicji węglowodanów z pokarmów przestawał zatem być dogmatycznym od czasu, gdy klinika doszła do przekonania, że walka z ketonurją i przekwaszeniem ustroju jest tak samo ważną, jak dążenie do usunięcia cukru i że zwalczanie kwaśności udaje się tylko przy pomocy węglowodanów, a nadto, że unikamy przez to ujemnych stron jednostajnej djety. W końcu rozwinął się pogląd, że w cukrzycy ilość wydalonego z moczem cukru nie jest wypadkową ilości samych tylko węglowodanów pożywienia, lecz wypadkową całości wprowadzonego pożywienia. Próbę tolerancji chorego przestano oznaczać samem określaniem ilości węglowodanów, znoszonych przez chorego, lecz zaczęto określać także, ile chory wydziela cukru przy danej ilości spożywanego białka i pewnej sumie kaloryj. Przekonano się, że przy djecie bardzo ubogiej w białko znoszą nawet ciężko chorzy cukrzycowi jeszcze znaczne ilości węglowodanów, nie wydzielając cukru wcale lub wydzielając go niewiele, zwłaszcza jeżeli przedtem znacznie obniżymy lub usuniemy cukromocz przy pomocy dni głodowo-postnych lub jarzynowych. Jednem słowem na podstawie nowszych badań doszła klinika do przekonania, że przy skąpem dostarczaniu pokarmu wogóle i skąpem dostarczaniu białka tolerancja wobec węglowodanów może się z czasem poprawić i spotęgować. Dlatego porzucono ogólnikowe tabelki i przepisy i uznano, że surogaty pieczywa dla cukrzycowych, reklamowane wielką

ilością białka, mogą nawet niekiedy być wręcz szkodliwe. Ciężkiemi przypadkami cukrzycy są bowiem te przypadki, w których istnieje szczególna wrażliwość na białko, jako na podnietę dynamiczną.

A zatem t. zw. teorja tolerancji na węglowodany, którą w nauce o cukrzycy panowała prawie niepodzielnie przez blisko pół wieku, a której głównymi przedstawicielami byli Pavy, Külz, Frerichs, Seegen, Naunyn i Noorden, obecnie upadła, a wraz z nią upadły również dwa inne dogmaty, ściśle z nią związane. A mianowicie: 1. Upadł dogmat o konieczności stosowania t. zw. djety animalnej t. j. białka zwierzęcego. W myśl nowszych poglądów zaniechać należy zalecania chorym wielkich ilości mięsa i sera, natomiast mniej szkodliwe są białczany pochodzenia roślinnego oraz jaja. Podczas gdy dotychczas starano się podawać tym chorym dziennie dwieście gramów białka, głównie w mięsie, to, według poglądów dziś panujących, najczęstsze optimum ilościowe białka w djecie dziennej cukrzycowego wynosi około 80 gramów i to głównie w jajach, białku roślinnem, a w ostateczności w mleku. Dawną djetę cukrzycowych uważano za djetę oszczędzającą, ponieważ przez usunięcie węglowodanów z pokarmów chciano komórkom oszczędzić pracy, której nie mogły podołać. Obecnie przez oszczędzanie zaczęto rozumieć usuwanie z pożywienia wogóle wszelkich podniet, potęgujących wytwarzanie cukru. Wprawdzie dziś nie uważa się białczanów za źródło pochodzenia cukru w tej mierze, jak dawniej przypuszczano, ale one, a zwłaszcza mięso, stanowią, według dzisiejszych pojęć, właśnie najsilniejszą podnietę pokarmową, podnietę dynamiczną, potęgującą ilość wytwarzanego w ustroju cukru. Z badań Lenne'go i Kolischa wynika ponadto, że im mniej dowozi się białka, tem bardziej poprawia się tolerancja węglowodanów. 2. Z teorją tolerancji upadł też drugi dogmat: żywienie djabetyków według ilości kaloryj i konieczność dbania o utrzymanie dobrego stanu odżywienia z bezwzględnem dostarczaniem dostatecznej ilości tych ciepłostek. Zaniechano dążenia za wszelką cenę do przybytku wagi ciała u chorych i odstąpiono od ich tuczenia. A nawet u lekkich starszych tłustych djabetyków polecono powolne i lekkie odtłuszczenie dla zmniejszenia masy pierwoszczy ustrojowej. Np. odżywienie dla dorosłego, któreby nie zawierało conajmniej 2300 kaloryj dziennie, uchodzi za niedostateczne. Tymczasem u djabetyków rachunek ten dziś uważa się przeważnie za błędny. Albowiem według nowszych spostrzeżeń wystarcza djabetykowi przez szereg lat odżywianie o znacznie mniejszej wartości kalorycznej, t. zn. że i przy tej mniejszej wartości czuje się dobrze, wykonuje pewną pracę i utrzymuje się przy pewnej wadze ciała albo nawet na wadze przybywa. Djeta przeważnie jarska, zawierająca około 25—30 kaloryj na kilogram wagi u miernie pracujących, uchodzi za wystarczającą dla djabetyków.

Nowsze kierunki leczenia cukrzycy cechuje zatem naogół dążenie do zasadniczego ograniczenia ogólnej ilości podawanych chorym pokarmów. Przypomniano sobie i odgrzebano dawną zasadę, postawioną przez Boucharda: »Mangez le moins possible« (jeść jak najmniej). Już Weintraud polecał wprawdzie dawniej planowe niedożywianie (Unterernährung), ale znacznie silniej podkreślają obecnie ten sposób amerykańscy lekarze: Allen, Sherrick, Joslin i inni, którzy wręcz ujęli kurację głodową w system i to bardzo przesadny. Zaczynają oni leczenie serją dni głodowych, zazwyczaj 3—4 dniami, niekiedy o wiele dłużej. Tą drogą usuwają przecukrzenie krwi, cukromocz i acetonurję. Potem pod najściślejszą kontrolą stosują zwolna bardzo skąpe odżywianie, przyczem w granicach tej djety, odpowiednio do okoliczności, przeważają węglowodany lub białka. Radzą oni nie troszczyć się zbytnio o ewentualną utratę wagi ciała. Wśród powolnego zwiększania ilości pokarmu od czasu do czasu jednak znów włączają jeden do dwóch dni postu, tak że w jednym przypadku Joslina na 30 dni leczniczych wypadło 10 dni postu. Z niemieckich autorów szczególnie Kolisch bronił tezy ograniczenia dowozu żywności. Według niego zadaniem i celem indywidualnego leczenia jest określenie minimum żywności, wystarczającej dla danego ustroju. We Francji Labbé prowadził badania nad leczeniem cukrzycy postami. Jego djeta postna trwa przez 3 dni, przyczem w pierwszym dniu dostaje chory środki czyszczące i stopniowo zaczyna odżywiać się, najczęściej zielonemi jarzynami. Badał on wyniki djety postnej w przypadkach cukrzycy połączonej z upadkiem odżywienia oraz w cukrzycy bez przewagi utraty nad przyswajaniem. Zwłaszcza w drugiej kategorji cukrzycy tj. bez upadku odżywienia uważa on leczenie postne za pożyteczne i stwierdził znikanie cukru i zmniejszanie się glikemji. Djeta ta zwiększa, według Labbégo, u chorych tolerancję, nie wywołuje kwasicy, a w razie jej istnienia wywiera na nią korzystny wpływ. Djetę głodowo postną uważa on za proceder leczniczy, lecz nie wyleczający. W ostatnich czasach także i Noorden poleca przy nakreślaniu planu leczenia stosowanie niedożywiania, a tylko przestrzega, aby nie uogólniać tej zasady w celu uzyskania za wszelką cenę aglikozurji. Nie należy, według, niego dążyć do tuczenia cukrzycowych, lecz trzeba stosować odżywienie skąpe (*diaeta parca*) t. z. dostarczać ustrojowi minimum kaloryj, wystarczających do zadawalniającego stanu odżywienia, albo pozwalających powoli taki stan osiągnąć. Również i ja na podstawie szeregu własnych spostrzeżeń nabrałem przekonania, że przy pomocy djety głodowo-postnej można w wielu przypadkach uzyskać w cukrzycy znacznie lepsze wyniki lecznicze, aniżeli dawnemi sposobami. (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

Jan Danysz. **Geneza energji psychicznej.** Z przedmową Juljusza Payota i W. M. Kozłowskiego. Nakładem »Książnicy polskiej«. Lwów-Warszawa 1923. Str. 253.

W półtora roku po ukazaniu się książki Danysza pod powyższym tytułem, napisanej w języku francuskim, zjawia się obecnie jej wydanie polskie. Cel książki, jak autor sam zaznacza we wstępie, jest ściśle oznaczony: »ująć w nowem świetle i poddać rozwadze czytelnika zagadnienie, które nas wszystkich zajmuje: zagadnienie stanowiska człowieka w przyrodzie, jego roli w nieustannem przetwarzaniu się wszystkich zjawisk, jego własnego organizmu i środowiska, w którem żyje; dostarczenie tym rozważaniom dokumentów ścisłych, które nam daje do dyspozycji wiedza doświadczalna do dnia dzisiejszego«.

Człowiek cywilizowany — dzisiejszy, mimo wspólności pochodzenia z innemi istotami żyjącemi, budowy, składu chemicznego tkanek, ustosunkowania się do ogólnych praw ewolucji wszechświata, zajmuje specjalne miejsce w przyrodzie.

Pierwsi myśliciele, nie mogąc znaleźć wytłumaczenia powstawania życia, przyjęli fakt stworzenia i duszy nieśmiertelnej, która przez czas trwania życia ziemskiego tworzyła jego energję. Jednakże w interesie ewolucji, w interesie zmodyfikowania dążeń ludzkości, tworzenia nowych koncepcyj, opartych na faktach coraz dokładniej poznawanych, wreszcie w interesie doskonalenia się nietylko jednostki, lecz także gatunku całego, leży konieczność obrania drogi innej, drogi poszukiwań, które określają stanowisko człowieka w przyrodzie, dają dokumenty i budzą refleksje, stwarzające podstawę wiedzy doświadczalnej. To doskonalenie się może być uzyskane tylko drogą jednoczesnej i równoważnej ewolucji ciała i umysłu. Poglądy nasze nie mogą opierać się na zdobyczach nieuchwytnych, lecz iść muszą drogą faktów, zdobywanych doświadczeniem, oceny zjawisk i ich znaczenia w ogólnym mechaniźmie życia, i wyzyskania ich jako drogowskazów do dalszych badań w kierunku poznania przyczyny istnienia.

By wytłumaczyć formację materjalną i energetyczną człowieka współczesnego i mechanizm jego czynności życiowych, oraz, aby wskazać, jaka może być jego przyszłość, przeciąga Danysz wielkie linje ewolucji materji nieorganicznej i, zaczynając od jednostek najprostszych, obecnie znanych elektronów lub eteronów, próbuje wytłumaczyć, jak materja nieorganiczna tworzyła jednostki coraz bardziej skomplikowane, dzięki czynnikom fizyko-chemicznym, stopniowemu spadkowi ciepłoty, zjawianiem się wody i stopniowej selekcji elementów mniej stałych i bardziej czynnych. Tworzenie się

komórek i tkanki nerwowej jest pierwszym etapem o wielkiem znaczeniu w ewolucji materji żyjącej. Przez stopniowe doskonalenie się organizmów najniższych, przez przystosowanie do otoczenia, tkanka nerwowa staje się coraz bardziej wrażliwa i subtelna. U istot coraz to wyższych powstają ośrodki nerwowe, pierwsze ośrodki, skupiające energję nerwową, która objawia się jednak jedynie odruchami, a nie czynnością świadomą. Wreszcze tworzy się mózg, rządzący innemi tkankami, powstają sfery kojarzeniowe i w rezultacie energja psychiczna — nowy wielki szczebel w rozwoju, pozwalający człowiekowi interwenjować czynnie w ewolucji swego środowiska wewnętrznego, przystosowywać zewnętrzne i opanowywać te wszystkie prawa fizyko-chemiczne, które kierują zjawiskami życiowemi.

Inteligencja ludzka rozwija się powoli podczas długiego okresu prahistorji. Rozwój ten staje się nadzwyczajny od chwili, gdy zaczyna budzić się inwencja; a stan obecny pozwala przypuszczać, że zdobycze energji myślowej dadzą rezultaty niezwykłe. Człowiek obecny jest jedynie pewnem stadjum w swoim rozwoju; ludzie przyszłości — jak zaznacza optymistycznie prof. Danysz — będą równie wyżsi od człowieka obecnego, podobnie jak ten od człowieka z epoki kamiennej.

Dzięki nowej energji, jaką jest świadomość, interesuje się człowiek wszystkiem, co go otacza, zastanawia się nad przyczynami zjawisk w przyszłym mechanizmie ewolucyjnym i szuka dróg do opanowania i kierowania rozwojem bezgranicznym energji psychicznej. Człowiek doszedł do świadomości celu swych wysiłków i szuka ideału przyszłości w ewolucji ciała i umysłu, ponieważ ewolucja ta dać może wzrost strukturalny i energetyczny, omal że doskonały.

Zastanawiając się nad miejscem człowieka w przyrodzie, na podstawie znanych odkryć, rzuca Danysz hypotezy ogólne mechanizmu i związku zjawisk, które przeszły przez naszą planetę od początku jej istnienia i zapytuje, jaka jest przyszłość ostatniej jednostki materji i energji, tj. człowieka. Człowiek dzisiejszy rządzi się bardziej instynktem, niż inteligencją, więcej afektem, niż rozumem. Nasze dążenia naogół są objawem instynktu a nie wypływem rozumowania. Akty sprawiedliwości, solidarności socjalnej i dobroci muszą być wynikiem głębokiej równowagi psychicznej, i zrozumieniem tej równowagi tj. objawem najwyższej inteligencji, a nie skutkiem narzuconego ideału sprawiedliwości i dobra.

Z punktu widzenia zoologicznego ludzkość dzisiejsza tworzy gatunek, z punktu widzenia biologicznego gatunek »człowiek«, sąsiadujący z małpami człeko-kształtnemi, dzieli się na podgatunki stosownie do zróżnicowania ośrodków kojarzeniowych i siły energji psychicznej. Rola biologji i psychologji doświadczalnej, rola pedagogji staje się olbrzymia. System wychowania dziecka i młodzieńca w związku z powyższem ulec musi zmianie zasadniczej, zasady nauki pamięciowej ustąpić muszą miejsca systemowi, rozwijającemu cechy inteligencji, imaginacji i inicjatywy.

Ewolucja nie zatrzyma się mimo wszelkich przeszkód, na które może napotkać, bo nic nie może uchylić energji nowej, wchodzącej w grę wówczas, gdy energja ta jest wynikiem kooperacji jednostek materji — energji najpierw wytworzonych i już istniejących. Ewolucja raz zaczęta będzie szła w sfery coraz delikatniejsze assocjacji, różnicowania komórek mózgowych, w harmonji z resztą organizmu formując nowy typ umysłowości.

Rozważania socjologiczne kończą tę bardzo ciekawą książkę, napisaną żywo, ze śmiałym optymizmem, daleką jednak od rozważań metafizycznych, a podkreślającą znaczenie faktów i doświadczeń, jako jedynej drogi prawdziwego naukowego postępu. *W. Koskowski* (Lwów).

A. Leśniowski. **Podręcznik chirurgji.** Cz. I. Lwów—Warszawa—Kraków. 1923. Wydawnictwo Zakładu nar. im. Ossolińskich.

Do szczupłego jeszcze szeregu podręczników lekarskich polskich, tak bardzo nam potrzebnych, przybyło nowe dzieło: Podręcznik chirurgji ogólnej prof. Leśniowskiego. W części pierwszej, gdyż tylko ta pokazała się na półkach księgarskich, zajmuje się autor uszkodzeniami mechanicznemi; omawia więc najpierw stłuczenia, rozróżnia cztery ich stopnie, ostatni może zbyteczny, gdyż, jak autor powiada, przy tem „znajdujemy uszkodzenia, które wymykają się od jakiegokolwiek opisu“, a objawy ogólne podane dalej odnoszą się do wstrząsu, jaki cięższym uszkodzeniom towarzyszy. Dalej przechodzi autor do opisu powikłań przy obrażeniach, odnosić się one muszą nietylko do opisanych poprzednio stłuczeń, ale i do uszkodzeń, o jakich będzie mowa dopiero później. Do powikłań tych zalicza autor zemdlenie, zapaść, wstrząs, obłęd urazowy i opilczy, nerwice urazowe, jak histerję, neurastenię, histeroneurastenię, dalej otrętwienie miejscowe, gorączkę urazową i moczówkę urazową. Dłużej zatrzymuje się autor nad wstrząsem, nazywanym w podręczniku stale »shock«; opis objawów dokładny, choć czasem nie dość jasny n. p. w zdaniu: »skóra zupełnie bezbarwna, żyły podskórne często dobrze widzialne, zawierają jeszcze krew, lecz jest ona barwy jasno różowej«. W tłumaczeniu objawów wstrząsu autor, o ile się zdaje, skłania się do teorji Boucharda i Rogera o zahamowaniu metabolizmu odżywiania. Może za mało uwagi zwraca autor na różniczkowe rozpoznanie wstrząsu od innych podobnych stanów, zwłaszcza przy krwotokach wśródczaszkowych.

Trzeci rozdział jest poświęcony ranom. Na nazwy, jakich autor używa, może nie byłoby ogólnej zgody; ranę płatową nazywa autor nieprawidłową, mówi o ranie międzyjamowej, otwartojamowej itp. W dziale o gojeniu się ran, starannie opracowanym, omawia autor wpływ różnych czynników sprzyjających i przeszkadzających prawidłowemu gojeniu się tak zewnętrznych, jak i leżących w samym ustroju rannego; zatrzymuje się dłużej przy omówieniu krwawiączki. Obszernie opisuje autor sposoby wyjaławiania narzędzi i materjałów opatrunkowych, zatrzymuje się tylko nad watą i gazą, pomijając inne zamiast waty używane materjały, o których przecie choćby wspomnieć należało; przy opisie odkażania rąk brakuje wzmianki o alkoholu jodowym, o chlorku wapnia, przy środkach przeciwgnilnych nie wspomina autor nic o nowszych, jak wucyna, rivanol, roztwór Pregla, używany na naszej klinice z bardzo dobrym skutkiem roztwór jodanów itd.

Następuje opis uszkodzeń poszczególnych tkanin, skóry, śluzówki, mięśni, ścięgien, nerwów, zmiany anatomiczne przy tem spotykane i ogólne zasady leczenia. Dalej rzecz o złamaniach kości, ich powody, odmiany, mechanizm, powikłania i również ogólne zasady leczenia. Ostatnią część o uszkodzeniach mechanicznych stawów potraktował autor nieco po macoszemu, poświęcając na tak ważny dział zaledwie stron 20.

Na ogół książka napisana bardzo dobrze, czyta się ją z zajęciem, wykład przeważnie jasny i zrozumiały, przedstawienie przedmiotu stoi zawsze na wysokości nowoczesnej nauki. Żałuję jednak, że nie mogę zaprzeczyć temu, co sam autor powiedział w przedmowie, podręcznik pisany był w pośpiechu; tem tłumaczy się dość liczne usterki w stylu, zwroty mało używane np. obarczone zwichnięcie, rany krajane i cięte, albo nie dość jasne np. »oś zwichniętej przemieszczonej części stawu, będąc przedłużona, przebiega obok panewki stawowej« albo »punkt oparcia na wyrostku kostnym . . . zamienia się w dźwignię dwuramienną« albo »ruchy są upośledzone, szczególnie, gdy są wykonywane powyżej pewnej przeszkody«.

Usterki te dadzą się łatwo usunąć w drugiem wydaniu Podręcznika, które z pewnością okaże się wkrótce potrzebnem. Może i zewnętrzna szata książki będzie mogła wtedy być okazalsza. *H. Schramm* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 3. 1923.

H. Lax. **Nowe poglądy na patogenezę mocznicy i znaczenie zatrzymywania azotu.** Znaczny postęp, jaki poczyniła w ostatnich latach klinika i patologja chorób nerkowych,

mało przyczynił się dotychczas do wyświetlenia patogenezy mocznicy. Najbardziej ustalił się pogląd, że mocznica jest w związku z zatrzymywaniem przez niewydolną nerkę substancyj azotowych, ponieważ w każdym przypadku mocznicy zwiększa się zawartość azotu resztującego we krwi. Autor jednak uważa, że przyczyna zwiększania się R. N. nie tkwi w nieprzepuszczalności nerek dla ciał azotowych, znane bowiem są przypadki ze znaczną niewydolnością nerek, z zupełnym bezmoczem, z dużą zawartością azotu resztującego we krwi, które, trwając tygodniami, nie doprowadziły do mocznicy (Volhard). Z drugiej zaś strony Rohonyi i Lax opisywali przypadki, w których wystąpiła mocznica ze zwiększoną zawartością azotu resztującego, pomimo, że sprawność nerek w wydzielaniu ciał azotowych nie uległa pogorszeniu. Autorzy ci badali zawartość azotu w komórkach tkankowych i stwierdzili, że prawidłowo wynosi ona 0,20—0.40%, czyli stosunek R. N. tkanek do R. N. surowicy (0.02%—0,04%) równa się 10. W przypadkach zaś mocznicy stosunek ten obniża się do 1, wskutek znacznego zmniejszenia się zawartości azotu w tkankach. Powyższe badania przeczą dotychczasowym poglądom na mocznicę, gdyż, przyjmując zatrzymywanie ciał azotowych przez nerki, należałoby spodziewać się raczej zwiększonej zawartości R. N. w tkankach. Rohonyi i Lax przypuszczają, że, podobnie jak nerka w stanie zupełnej niewydolności traci swą życiową zdolność stężania wydzielanych przez nią składników krwi i staje się podobną do martwej błony nawpół przepuszczalnej, tak samo dzieje się i w komórkach tkankowych w przypadku mocznicy. Ściany komórek tracą wówczas swą wybiórczą zdolność zatrzymywania pewnych składników, zachowując wobec nich tylko bierną przepuszczalność. Odnosi się to nie tylko do mocznika, lecz i do chlorku sodu. Veil stwierdził, że w mocznicy zawartość jego we krwi zmniejsza się, pomimo zmniejszonego wydzielania przez nerki. Ponieważ prawidłowo surowica zawiera więcej chlorków (0.4—0.5%), niż komórki tkankowe (0.1—0.2%), więc autor przypuszcza, że chlorki przechodzą wtedy z surowicy do tkanek. W myśl tych nowych poglądów Rahonyi i Laxa w mocznicy występuje obok „izosthenurji“ nerek „izosthenurja“ komórek tkankowych, która ma w powstawaniu mocznicy znaczenie decydujące. Wobec tych nowych poglądów na patogenezę mocznicy autor postanowił rozstrzygnąć, czy możliwa jest równowaga azotowa lub też nawet ujemny bilans azotowy w czasie mocznicy lub bezpośrednio przed jej wystąpieniem. W ciągu dłuższego czasu badał on przemianę azotową w 3 przypadkach zapalenia nerek, które zakończyły się mocznicą. Rzeczywiście autor stwierdził, że chorzy wydzielali nawet więcej azotu, niż odpowiadało to ilości pobranego białka, a pomimo to pod koniec choroby wystąpiła mocznica. Zastanawiając się nad przyczyną owych zaburzeń w komórkach tkankowysh, wywołujących mocznicę, autor przypuszcza, że są one spowodowane przeładowaniem komórek jonami wodorowemi, co dzieje się w następstwie niewydolności nerek.

Nr. 7. 1923.

P. Leri-Crailsheim. **Teoretyczne i doświadczalne badania nad bilirubiną i fibrinogenem we krwi.** Odczyn barwny Hijmansa van den Bergh'a z odczynnikiem diazo Ehrlicha nad bilirubinę w surowicy, występujący bądź to odrazu, bądź też z opóźnieniem, był dotychczas punktem wyjścia dla różniczkowania pochodzenia żółtaczki. Sama istota rozmaitego odczynu surowicy pozostawała dotychczas niejasną. Nowsze badania wykazały, że bilirubina może powstawać z hemoglobiny poza wątrobą w układzie siateczkowo-śródbłonkowym. Autor zwrócił uwagę na brak w tym układzie zaczynów proteolitycznych, występujących natomiast w wątrobie, i na zasadzie tego wysunął hipotezę, że bilirubina, powstająca w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, znajduje się w związku z częścią białkową hemoglobiny (globuliny), oddzielającej się dopiero przy współudziale komórki wątrobowej. Bilirubina wolna ma dawać odczyn Hijmansa bez alkoholu natychmiastowy, bilirubina zaś związana z białkiem (Bilirubineiweisskomplex) odczyn opóźniony. Badania doświadczalne poczynione w tym kierunku potwierdziły to przypuszczenie. Autor stwierdził, że surowica, wykazująca odczyn Hijmansa opóźniony, po zadziałaniu na nią zaczynów proteolitycznych, daje odczyn natychmiastowy. Brak bilirubiny w moczu w przypadkach żółtaczki, dającej odczyn opóźniony, autor tłomaczy nieprzepuszczalnością nerek dla białka związanego z bilirubiną. Związek ten, krążąc we krwi, daje objawy zatrucia charakterystycznego dla żółcicy. Białko, odczepiające się od bilirubiny pod działaniem zaczynów wątroby, staje się według autora fibrinogenem. Stąd wynika związek pomiędzy zmianami chorobowemi miąższu wątroby, a zmniejszoną krzepliwością krwi. Doświadczenia autora poniekąd potwierdziły to. Brał on surowicę, zawierającą dużo bilirubiny i działał na nią świeżym wyciągiem wątroby. Surowica, z której przedtem usunięto skrzep i cząsteczki włóknika, w niektórych przypadkach ponownie ścinała się. Następnie autor zebrał z piśmiennictwa przypadki, w których odczyn natychmiastowy wykazywał wolną bilirubinę, a w wątrobie nie stwierdzało się zmian, które pozwoliłyby przypuścić zastoinowe pochodzenie barwników żółciowych. Były to przypadki z odczynem natychmiastowym bez hyperbilirubinemji, następnie podana przez Lepehne ciąża, szereg chorób zakaźnych, białaczka szpikowa, wreszcie niezwykły przypadek bilirubinurji i odczynu natychmiastowego w żółtaczce hemolitycznej wkrótce po wycięciu śledziony. W przytoczonych stanach znajdują się we krwi swoiste i nieswoiste zaczyny proteolityczne surowicy i wskutek tego połączenie bilirubiny z białkiem może rozkładać się poza komórką wątrobową. Z powyższego autor wyciąga wniosek praktyczny, iż niemożliwy jest ścisły podział na żółtaczki wątrobowo- i krwiopochodne na podstawie odczynu Hijmans van den Bergha.

L. Jelenkiewicz (Warszawa).

Choroby oczu.

Archives d' Ophtalmologie.
Nr. 8—9 1922.

H. Lagrange. **O dziedzicznym zaniku nerwu wzrokowego.** W końcu ubiegłego stulecia Leber opisał dokładnie powyższą sprawę chorobową, opierając się na 55 przypadkach spostrzeganych w szesnastu rodzinach, gdzie z całą pewnością wykluczyć można było przyczynę zakaźną lub zatrucie. Od tego czasu wiele badań podjęto w celu wyświetlenia przyczyny tego schorzenia. Schmidt-Rimpler spostrzegał rodzinę, w której był wypadek choroby Lebera i zanik barwikowy siatkówki u krewnych w linji wstępującej. Coppez opisał dziecko z zanikiem barwikowym siatkówki, którego wujowie ze strony matki byli dotknięci zanikiem nerwu wzrokowego. Snell podaje, że w pewnej rodzinie, gdzie był przypadek powyższego zaniku, w następnych pokoleniach wada pojawiała się w postaci innych objawów-równoważników: migreny, zawrotów głowy, epilepsji. Fischer zwraca uwagę, że przerost przysadki mózgowej przez ucisk mechaniczny może wywołać zanik nerwu wzrokowego. Ponieważ jednak w większości powyższych przypadków spostrzegano przenoszenie dziedziczności z wujów ze strony matki na chłopców, Lagrange podkreśla analogję tego dziedziczenia z dziedziczeniem przy krwawiączce, przeprowadza dokładne badanie krwi u chłopca z chorobą Lebera i znajduje przy prawidłowym obrazie krwi opóźnienie krzepnięcia z wypadnięciem skrzepu kurczliwego, własności które są charakterystyczne i dla krwawiączki. Po zastosowaniu organoterapji i wzrok polepszył się znacznie.

Duverger i Lampert. **Badanie powierzchownych i głębokich schorzeń rogówki przy pomocy mikroskopu rogówkowego z oświetleniem szczelinowem Gullstranda.** Autorzy nie podają nam nowych zdobyczy w zakresie badań oka żywego powyższą metodą, a tylko objawy i wnioski oparte na bogactwie dotychczasowych obserwacyj, mające znaczenie pod względem klinicznym i sądowo-lekarskim. Mianowicie zaobserwowano w powierzchownych naddarciach i utratach miąższu rogówki, gdy na drugi, trzeci dzień warstwy głębsze nie są dotknięte, rokowanie może być pewne, wyleczenie w ciągu 2—3 dni, proces przechodzi prawie że bez śladu. W innych wypadkach uszkodzenie powierzchowne nie zmienia się, natomiast w drugim, trzecim dniu może pojawić się zmętnienie w warstwach głębokich, a nawet zmiany w komo-

rze przedniej bez wciągnięcia w proces chorobowy warstw średnich. Taka sprawa chorobowa trwa dłużej, ale wyleczenie nastąpić może w 8—10—15 dni bez powikłań. Wreszcie w trzeciej, najrzadszej kategorji przypadków, dzięki lampie szczelinowej możemy obserwować wygaśnięcie powierzchownego procesu, a pojawienie się natomiast nacieków zapalnych w warstwach średnich (*Keratitis interstitialis*), zupełnie podobnych do nacieków pochodzenia kiłowego, a różniących się od nich brakiem unaczynienia. W wypadkach sądowo-lekarskich wykrycie przy pomocy lampy szczelinowej etjologji urazowej może oddać usługi. Badanie powyższą metodą wykazało również wrażliwość jednych warstw rogówki na procesy zapalne, toczące się w sąsiednich. Warstwa powierzchowna reaguje silnie na obrażenia, ale reakcja ta ma tendencję do ograniczenia się. Warstwa średnia jest mało wrażliwa na sprawy zapalne warstw sąsiednich, bywa zajęta tylko w ciężkich schorzeniach. Warstwa głęboka jest najsilniej wrażliwa i reaguje nawet na lekkie sprawy zapalne powierzchni rogówki. *Gabszewiczówna* (Warszawa).

Nr. 10. 1922.

L. Weekers. **Zmiany anatomiczne przy sklerotomji tylnej.** Sklerotomja tylna (poza ciałem rzęskowem) jest pierwszą operacją, jaką wykonywano przy jaskrze. Obniża oną jednak ciśnienie wśródgałkowe tylko na bardzo krótko. Doświadczenia robione na królikach i badania gałek ocznych ludzkich, wyjętych z powodu *glaucoma absolutum haemorrhagicum*, wykazują, ze otwór uzyskany przez trepanację twardówki zarasta bardzo szybko, przyczem główny udział bierze tkanka natwardówkowa a częściowo i naczyniówka. Natomiast sklerektomia przednia w okolicy komory przedniej, połączona z irydektomią pozostawia trwałą przetokę lub przynajmniej bliznę porowatą służącą jako filtr. Tłómaczy się to tem, iż barwik tęczówkowy, jaki prawie zawsze dostaje się do rany, przeszkadza zupełnemu jej zarośnięciu.

G. Pacalin. **Rozważania teoretyczne i wskazówki praktyczne, tyczące obrazu odwróconego dna oka.**

A. Cantonnet. **Przesunięcie ku zewnątrz powieki dolnej przy leczeniu operacyjnem »Ectropion palpebrae infer.«** Autor podaje dokładny opis zabiegu operacyjnego będącego zmodyfikowaną operacją Szymanowskiego przy ectropion palpebr. infer., a który polega na tem, że w ostatecznym wyniku ostatnie rzęsy powieki dolnej zostają przesunięte na zewnątrz od kącika zewnętrznego.

Nr. 11. 1922.

De Lapersonne et Casternan. **Czyraki powiek i ich leczenie szczepionkami.** Autor wskazuje na korzystne wyniki leczenia szczepionkami schorzeń powiek i okolicy brwi, spowodowanych zakażeniem przez gronkowca złotego i białego, niekiedy w połączeniu z łańcuszkowcami i pneumokokami. W przypadkach lżejszych (*hordeolum, furunculus*) autor używa szczepionki wielowartościowej z różnorodnych kultur gronkowca, lub, co jeszcze lepiej, z kultury gronkowca wyhodowanego z ropy chorego. W przypadkach ciężkich z silnym odczynem zapalnym miejscowym i podniesioną temperaturą więcej wskazaną jest surowica Delbet'a, przygotowana z różnorodnych kultur gronkowca, paciorkowca i lasecznika ropy błękitnej.

Peyrelongue. **Znaczna poprawa w 2 przypadkach nieżytu wiosennego, uzyskana przez wstrzykiwania dożylne soli ziem rzadkich.** Wychodząc z założenia, że sole ziem rzadkich (lanthan, neodym, praseodym, siarkan samarium) działają korzystnie w niektórych przewlekłych schorzeniach gruźliczych, zwłaszcza zaś w gruźlicy skóry, że z drugiej znowu strony osobniki dotknięte nieżytem wiosennym są zwykle wątłe, zołzowe, jeśli nie gruźlicze, autor spróbował leczenia zastrzykiwaniem dożylnem soli ziem rzadkich i w 2 przypadkach uporczywego kataru wiosennego uzyskał bardzo pomyślne wyniki.

Vacher et Denis. **Guz w okolicy przysadki mózgowej leczony za pomocą promieni Roentgena.** Dziewczynka przyprowadzona 1 lutego z powodu, iż od kilku miesięcy coraz gorzej widzi. Badanie kliniczne: Bystrość wzroku na obu oczach obniżona do 0,1, pole widzenia z obu stron bardzo zwężone. Wziernikiem: obie tarcze ze znamionami zaniku pozapalnego. Punkcja lumbalna: ciśnienie wzmożone, białka 0,2‰, limfocytów 1,06 na 1 ccm. Wassermann ujemny. Leczenie: wcierki. Na razie znaczna poprawa bystrości wzroku, która jednak po kilku tygodniach znów się obniża. Badanie rentgenologiczne wykazuje guz kostny w okolicy przysadki mózgowej. Leczenie promieniami Roentgena przez przeciąg czasu od 21 czerwca do 15 listopada, razem 31 posiedzeń, dało wyniki nadzwyczaj korzystne: bystrość wzroku i pole widzenia prawidłowe.

H. Langrange. **Zapalenie spojówki. Anafilaksja. Zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem.** Dwie historje choroby. 1) Chory l. 63 zgłasza się z powodu silnego nieżytu spojówek trwającego od 3 tygodni. Od lat 10, ma cukrzycę, poza tem zdrów zupełnie, podaje, iż od lat 10 ilekroć tylko pracuje w lesie przy ścinaniu świeżego drzewa, dostaje zaraz pokrzywki na całem ciele i zapalenia spojówek. Zaburzenia te mijają po kilku dniach, jeśli się powstrzyma od pracy. 2) Kobieta lat 40 cierpi co wiosnę na silny nieżyt spojówek. Przed 10 laty przechodziła hysterektomię całkowitą. Leczenie wyciągiem z jajników sprowadza w krótkim czasie znaczną poprawę. Zestawienie tych 2 przypadków, gdzie nieżyt spojówek pozostawał w związku z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznem, nasuwa hypotezę, iż każdy nieżyt wiosenny może być wyrazem pewnego stanu nadwrażliwości i że w zaburzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu należy szukać jego przyczyny i w tym też kierunku próbować leczenia. *J. Trószyńska* (Warszawa).

Arch. f. Augenheilkunde.

T. 91. 1922.

H. Stransky. **Krzyżowa sklerotomja w przypadkach jaskry prostej i kilka uwag nad hypertonią wydzielniczą.** Autor, nawiązując do poprzedniej swej pracy »Die Anomalien der Skleralspannung 1922«, przypomina wnioski wyprowadzone w owej pracy, a mianowicie: 1) Jaskrę zapalną należy całkowicie oddzielić od jaskrzy prostej. 2) Dla jaskry zapalnej charakterystyczne jest zwiększenie ciśnienia śródocznego, w jaskrze proej nie istnieje podniesienie ciśnienia śródocznego. 3) Przyyna ciśnienia śródocznego w jaskrze zapalnej jest pochodzena mechanicznego — utrudnienie odpływu cieczy śródocznej — które prowadzi do hypertonji zastoinowej. 4) Przyczyną admiernej zbitości twardówki w jaskrze prostej jest rodzaj schorzenia zapalnego twardówki (*Scleritis indurativa*). Następstwem hypertonji zastoinowej (*Glaucoma inflamatorium*) jest zastój, objawy zapalne i zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego, w jaskrze prostej brak tych objawów. 6) Jeśli w przebiegu jaskry prostej wystąpią objawy zapalne, świadczy to o tem, że do *scleritis indurativa* dołączyło się utrudnienie odpływu cieczy śródocznej. 7) Usunięcie następstw w jaskrze zapalnej jest równoznaczne z usunięciem przyczyn, wywołujących utrudnienie w odpływie cieczy śródocznej. 8) Zabiegi, mające na celu przywrócenie normalnego krążenia w oku, nie mają w jaskrze prostej celu ani uzasadnienia, a tylko te zabiegi mogą przynieść pożytek, które powstrzymać byłyby w stanie rozwój *scleritis indurativa*, ona bowiem powoduje zmniejszenie *foramen opticum sclerae* i prowadzi do zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego przez wygięcie blaszki sitowej ku tyłowi. Problem leczenia tego stanu usiłuje autor rozwiązać przez sklerotomję krzyżową twardówki na dość znacznej przestrzeni. Jest to rodzaj wydatnej i głębokiej skaryfikacji, która przyczynia się do rozciągnięcia twardówki i do rozszerzenia *foramen opticum sclerae*. Następuje opis dokładny zabiegu wykonywanego przy pomocy nożyków zwanych sklerotomami. Następnie autor przytacza historję choroby kilku chorych, u których dał się stwierdzić dobroczynny wpływ tego zabiegu. Rozporządzając bardzo szczupłym materjałem chirurgicznym odwołuje się do tych, co posiadają kliniki i oddziały okulistyczne, aby skuteczność tego zabiegu chcieli na szerszą skalę skontrolować.

Przechodząc do teorji autor rozpatruje zarzut zwrócony przeciwko jego teorji jaskry prostej, a mianowicie sprawę jaskry wydzielniczej. Autor oddziela całkiem ściśle i wyraźnie

przypadki jaskry wydzielniczej od jaskry zapalnej, jakkolwiek wspólną ich cechą jest hypertonia. W pierwszym przypadku (jaskra wydzielnicza) przyczyna leży poza okiem w ustroju, w drugim zaś przyczyna leży wewnątrz oka (*retentio*). W jaskrze wydzielniczej brak objawów zapalnych z powodu regulacji odpływu, w jaskrze zapalnej (retencyjnej) istnieją objawy zapalne z powodu zaburzenia w odpływie cieczy śródocznej. Hypertonia wydzielnicza działa jako czynnik mechaniczny i, wywołując *scleritis indurativa*, sprowadza pośrednio zagłębienie tarczn nerwu wzrokowego. W końcu autor przedstawia następujący podział obrazów jaskry. 1) Jaskra zapalna zastoinowa, w której obok objawów zapalnych występuje zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego na skutek wzmożonego ciśnienia śródocznego. 2) Jaskra wydzielnicza, która prowadzi do *scleritis indurativa* (Glaucoma simplex), a w następstwie do zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego na skutek zmniejszenia się *foramen opticum sclerae*. W tych przypadkach radzi autor wynaleźć przyczynę tkwiącą w organizmie i leczyć odpowiednio ewentualnie wykonać zabieg mający na celu obniżenie ciśnienia śródocznego (irydocyklodyaliza i iridektomia). 3) W przypadkach jaskry prostej poleca autor wykonać sklerotomię krzyżową, która nie wyklucza dalszych zabiegów ku obniżeniu ciśnienia śródocznego, jeśli dołączyłaby się jaskra jako następstwo *scleritis indurativa*. *Karelus*. (Kraków).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Polski Przegląd Chirurgiczny Tom II. Zeszyt 1. J. Ziemacki: Oderwanie się ścięgna rozginacza palców ręki wspólnego od postawy ostatniego paliczka palca środkowego. — Szczegółowe sprawozdanie z XIX. Zjazdu Chirurgów polskich w Warszawie w r. 1922.

Polska dentystyka Nr. 3. A. Cieszyński: Wytyczne trafnego rozpoznawania nieprawidłowości szczękowych. — B. Steinberg: Z zakresu ortopedji jamy ustnej. »O podniebieniu wysokiem«.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 8. listopada 1922.

Przewodniczy kol. Woyciechowski. Obecnych członków 70, posiedzenie odbyło się w klinice neurologicznej prof. Piltza. Przewodniczący wypowiada gorące wspomnienie pośmiertne o kol. Stan. Przybylskim i zaznacza, że przemawiał też na pogrzebie imieniem Towarzystwa. Obecni na posiedzeniu członkowie Tow. uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie. Następnie odbyły się pokazy chorych.

1. Kol. Brzezicki przedstawia a) rzadki przypadek **porażenia splotu barkowego** u mężczyzny 22-letniego.

Wywiady: zdruzgotanie lewego obojczyka w 13 r. ż. z następowem, zupełnem porażeniem splotu barkowego trwającem 8 lat. Od przeszłego roku samorzutna poprawa. Z początku zaczęły pojawiać się słabe, później silniejsze ruchy palców i rozginanie w stawie łokciowym. Przy wstąpieniu do kliniki badanie wykazywało b. silne zaniki wszystkich mięśni unerwionych przez splot ramieniowy, a więc mięśni łopatki, ramienia i przedramienia, następowe nadwichnienie stawu ramieniowego lewego i zaburzenia czucia w obrębie splotu ramieniowego, słabe przygięcie średniego palca, bardzo słabe reszty palców i słabe działanie mięśnia trójgłowego. Na prąd galwaniczny nerwy zupełnie nie oddziaływały, mięśnie słabo bez odwrócenia reakcji. Obecnie po 4 tygodniowem energicznem leczeniu fizykalnem, zaniki zmniejszyły się nieco i wystąpiły nowe ruchy, a mianowicie zaczęły działać wszystkie zginacze przedramienia i mięśnie skręcające ramię, zaczął również działać m. naramienny i mięsień szeroki grzbietu.

Po krótkiem omówieniu anatomji splotu barkowego i przypomnieniu zasadniczych wiadomości z zakresu fizjologji nerwów, kol. B. zwraca uwagę na metodę Tinella, która umożliwia dokładną kontrolę postępu regeneracji w nerwach uszkodzonych, i przechodzi do pokazu chorego, wykazując wyżej wzmiankowaną poprawę, i omawia między innemi ciekawy objaw rozszczepienia, zachodzącego pomiędzy pobudliwością nerwów na prąd galwaniczny a ruchami. Następnie wykazuje zaburzenia czucia, obwodowo silniej zaznaczone, i zmiany troficzne w porażonej kończynie.

Na zakończenie omawia rokowanie w tym przypadku i wykazuje, że tu nie może być mowy tylko o poprawie porażenia z przyzwyczajenia w myśl Eretha, lecz, że mamy tu do czynienia ze samoistną poprawą porażenia po upływie 8-miu lat; b) kobietę 40-letnią ze zbiorem objawów amnestycznym, po **zatruciu arseno-benzolem** Billon'a. Chora do zakażenia kiłą, nabytą przed rokiem, była zdrową. W wywiadach żadnych danych co do padaczki, chorób umysłowych ani nawet neuropatji u chorej i jej rodziny stwierdzić się nie dało. Przy trzeciem leczeniu w październiku b. r. pierwsze trzy wstrzyknięcia salwarsanowe zniosła stosunkowo nieźle, mimo, że już wtedy występowały pewne objawy zatrucia w postaci zawrotów głowy i nudności. Bezpośrednio po czwartem wstrzyknięciu wystąpiły zaburzenia naczynioruchowe z sinicą twarzy i słabem tętnem, wymioty i atak padaczkowaty z zupełną utratą przytomności. Atak ten zaczął się od kurczów przepony i trwał około 2 godzin, przyczem chora oddała kał i mocz pod siebie. Stan komatyczny po ustąpieniu drgawek trwał jeszcze 12 godzin. Przez dalsze 6 dni po przyjściu do przytomności, chora okazywała defekty pamięciowe, wyraźną amnezję wsteczną, zaburzenia zapamiętywania najświeższych wydarzeń ze zmniejszoną zdolnością utrwalania tychże wrażeń, konfabulację, zaburzenia w orjentowaniu się co do czasu, sytuacji i otoczenia ze zwolnieniem procesów myślowych, a więc ze wszystkiemi typowemi objawami zespołu amnestycznego dla stanów pointoksykacyjnych, opisanych przez Korsakowa, z brakiem jednakże składnika fizycznego. Po 6 dniach stan się poprawił w zupełności, pozostawiając jedynie lukę z okresu nieprzytomności, która się nie wypełniła. Wypadki zatrucia salwarsanem są obecnie z powodu złego wyrobu preparatu coraz częstsze. W ostatnich czasach zajął się tą sprawą szczegółowo Jadassohn. Według niego objawy zatrucia ograniczają się najczęściej do ostrych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, do zaburzeń naczynioruchowych, wykwitów skórnych, żółtaczek z żółtym zanikiem wątroby i do aplastycznych anemji. Wypadki śmierci są rzadkie. Encephalitis występuje najrzadziej. Patogeneza naszego przypadku jest niejasna. Przyczyną w danym przypadku może być albo wybroczyna albo też i obrzęk. Pinard, który w tym kierunku pracował doświadczalnie, przyjmuje w tego rodzaju przypadkach możliwość obrzęku.

W dyskusji nad powyższym przypadkiem zabierali głos kol. Wierzuchowski, Pawłas, Szymonowicz, Piltz i Blassberg.

2. Kol. Sikorska przedstawia przypadek **hemiatrophia faciei** i omawia podobne przypadki (odnośna praca ukaże się w druku).

Kol. Pieńkowski zaznacza, że neurologja doby obecnej przeżywa okres nowy, okres »ruchowy«, jeśli się wolno tak wyrazić. Ogromna ilość spostrzeżeń, poczynionych w czasie epidemji śpiączki nagminnej, szereg nowych jednostek chorobowych (choroba Wilsona, kurcz torsyjny i t. d.), nowe fakty z dziedziny fizjologji układu nerwowego (szkoła Sherringtona), zmuszają do krytycznej oceny klinicznej i fizjopatologicznej całego zakresu ruchowego. Badania idą w tempie przyśpieszonem. Badania te umożliwiają już dzisiaj rozgraniczenie wcale wyraźne zespołu objawów, występujących przy uszkodzeniach toru piramidowego, od objawów tzw. pozapiramidowych, występujących na skutek uszkodzeń innych dróg ruchowych. Na przykładzie 8-letniego chłopca z połowiczem lewostronnem porażeniem dziecięcem z objawami atetozy w lewych kończynach kol. Pieńkowski uwypukla tę część objawów, które łączyć należy z uszkodzeniem toru piramidowego. Niedowład kończyn lewych, wzmożenie odruchów głębokich w kończynach lewych, osłabienie odruchów brzusznych lew., odruch Babińskiego lewostr., upośledzenie siły w kończynach lewych — to objawy piramidowe. Natomiast spasmus mobilis, stale mimowolne ruchy w kończynach porażonych, charakterystyczne ułożenia kończyn — to objawy, które dzisiaj ujmować musimy jako skutek uszkodzeń w zakresie układów pozapiramidowych.
Wysocki, sekretarz.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 4. czerwca 1922 r.

Przewodniczący kol. Modrzewski, sekretarz kol. Korczak.

1. Kol. Dziemski omawia **przypadek ostrego gośćca stawowego, w którym zastosowano leczenie proteinowe.** Leczenie rozpoczęto po poprzedniem dwumiesięcznem stosowaniu salicylu, który wywierał ujemny wpływ na serce i przewód pokarmowy. Pierwsze zakażenie w dawce małej, bo 1 gr. mleka, z powodu ciężkiego stanu chorej (t. c. 39, puls 140). Zastrzyknięcie nie wywołało odczynu gorączkowego, ogólny stan jednak się poprawił. Następne zastrzyki w dawkach większych co trzy dni wywoływały odczyn w postaci wzniesienia ciepłoty, trwający 24 godzin. Po 8-mem wstrzyknięciu (9 gr. mleka) ciepłota spadła prawie do normy. Bolesność i obrzęki wszystkich zajętych stawów ustąpiły. Chora o własnych siłach opuściła szpital. Dobry wynik leczenia proteinowego prelegent spostrzegał także w przypadku zapalenia stawu kolanowego, wywołanego dwoinkami Neissera.

W dyskusji kol. Płaczkiewicz, Cynberg, Szafnicki, Hlasek podnosili dodatni wpływ zastrzyknięć mleka w odnośnych przypadkach, przytaczając swoje spostrzeżenia.

2. Kol. Szafnicki przedstawił dwa **przypadki zaćmy,** operowane zmodyfikowanym przez siebie sposobem: robi cięcie

Crichetta-Bowmana i nie wycina tęczówki stosownie do wskazań Stehlwaga-Weckera. Gojenie bez powikłań; wypadnięcia tęczówki prelegent nie obserwował, choć stosował ten sposób na całym szeregu chorych w szpitalu św. Jana Bożego w Lublinie.

3. Kol. Drożdż przedstawił chorego, cierpiącego na **myotonję Tomsona.**

4. Kol. Dziemski wygłosił pierwszą część odczytu: **O kamicy żółciowej.** (Referat z całości w następnym protokole).

Posiedzenie naukowe w dniu 18. czerwca 1922 r.

Przewodniczący kol. Modrzewski, sekretarz kol. Korczak.

1. Kol. Kożuchowski przedstawia chorego, operowanego **sposobem Albe'go** z powodu **gruźlicy szyjnej części kręgosłupa** z porażeniami kończyn i pęcherza. Po trzech miesiącach po operacji oddawanie moczu normalne, ruchy w kończynach nieco powróciły.

2. Kol. Biernacki pokazał chorą z **wysiękowem zapaleniem osierdzia, leczoną drogą nakłucia** wskutek wybitnych objawów niedomogi serca. Wynik doraźny nakłucia i wypuszczenia 150 cm^3 płynu surowiczego był bardzo dobry. B. omówił djagnostykę powyższej sprawy oraz technikę nakłucia.

W dyskusji nad tym przypadkiem zabierali głos kol. Modrzewski, Dziemski i Cynberg.

3. Przewodniczący wyjaśnił stan sprawy o **doraźną pomoc dla studentów medyków**: na posiedzeniu Związku uchwalono zastosować się do postanowień, jakie zapadną w tej sprawie w Warszawie.

4. Kol. Dziemski wygłosił dalszy ciąg swojego odczytu **o kamicy żółciowej.** Poddawszy krytycznej ocenie poglądy anatomo-patolog. na powstawanie kamicy żółciowej (jakoto zakażenie i zastój w pęcherzyku żółciowym, zaburzenia w przemianie materji, ciąża i choroby zakaźne) mowca podkreśla, że kamienie żółciowe powstają na ogół znacznie wcześniej, niż pierwsze objawy kamicy. Uraz sprawia niekiedy, że kamica ze stanu utajonego przechodzi w stan czynny. Czynnikiem, przesuwającym kamień przez drogi żółciowe, nie jest bynajmniej kurcz ścianek pęcherzyka, jak to dawniej przypuszczano, lecz wzmożone parcie ościenne wskutek zapalenia pęcherzyka. Mowca opisuje różne postacie zapalenia pęcherzyka żółciowego, przytacza charakterystyczne cechy napadu skutecznego i bezskutecznego żółtaczki, cechy przebicia się kamienia do sąsiednich organów oraz zrostów pęcherzyka z temi organami i omawia djagnostykę różniczkową z całym szeregiem wchodzących w rachubę cierpień. Przytoczywszy dane statystyczne Kehra odnośnie do częstości kamicy żółciowej oraz różnych jej postaci i powikłań, mowca podkreśla niebezpieczeństwo grożące życiu chorego, jeżeli procesy zakaźne w drogach żółciowych przechodzą na trzustkę lub gdy kamień wikła się z rakiem pęcherzyka. W sprawie leczenia mowca jest zdania, że postacie kamicy z lekkiemi napadami kolki nadają się do leczenia wewnętrznego, chorzy zaś z gwałtownemi napadami, połączonemi ze wzdęciem brzucha, wymiotami i silnemi bólami, wymagają leczenia chirurgicznego, i to im wcześniej, tem lepiej, kiedy kamienie jeszcze nie opuściły pęcherzyka żółciowego.

W dyskusji: kol. Arnsztajn chętnieby widział rozstrzygnięcie sprawy kamicy żółciowej na drodze operacyjnej, jednak przeszkadza temu wysoka śmiertelność wskutek samej operacji (16% Kehr), podczas gdy śmiertelność skutkiem samego cierpienia wynosi 4 do 5%. Wobec tego, że mowca widział wiele przypadków z ciężkiemi objawami leczonych zachowawczo z dobrym wynikiem, wypowiada się za operacją tylko wyjątkowo, jak przy nowotworach pęcherzyka, przy sprawach zakaźnych dróg żółciowych, u ludzi biednych, zarobkujących, jak również u osób histerycznych. Kol. Garbaczewski mówi o wstrząsaniu, jako sposobie rozpoznawczym kamicy żółciowej, stosowanym od lat kilkunastu przez Dr. Chełmońskiego. Kol. Jaworski mówi o błoniastym zapaleniu woreczka żółciowego, jakie spostrzegał w jednym z przypadków. Z treści pęcherzyka otrzymano czystą hodowlę laseczników Eberta. Wbrew twierdzeniu kol. Arnsztajna odsetek śmiertelności po operacji jest znacznie niższy i waha się koło 4% przy usunięciu woreczka żółciowego. Pomimo możliwości częściowej odnowy woreczka żółciowego oraz nawrotów kolki kol. Jaworski opowiada się za operacją w myśl wskazówek kol. Dziemskiego. Kol. Modrzewski podkreśla trudności, jakie napotyka roentgenolog przy stwierdzaniu kamieni żółciowych zarówno w pęcherzyku jak i drogach żółciowych. **W dyskusji** zabierali jeszcze głos kol. Cynberg i Majewski.

Posiedzenie doroczne w dniu 4. lipca 1922 r.

Przewodniczący kol. Modrzewski, sekretarz kol. Korczak.

Skarbnik kol. Staniszewski, sekretarz kol. Korczak i kol. Jaworowski w zastępstwie bibljotekarza odczytali szczegółowe sprawozdania, które zostały przyjęte do wiadomości.

Według sprawozdania sekretarza Lubelskie Towarzystwe Lekarskie w roku 1921/22 liczyło 52-ch członków rzeczywistych, odbyło w roku sprawozdawczym 22 posiedzeń z licznym udziałem członków rzeczywistych oraz gości. Na posiedzeniach wygłoszono 16 odczytów, tyczących się najnowszych prądów w różnych dziedzinach medycyny. Posiedzenia urozmaicone były pokazami chorych lub preparatów, uzyskanych drogą operacyjną z dziedziny chirurgji i ginekologji. Lubelskie Towarzystwo Lekarskie rozpatrzyło w ciągu roku sprawozdawczego wiele spraw o charakterze administracyjnym, oraz o charakterze społecznym: jak przyjście z pomocą materjalną studentom uniwersytetu, kasie im. Mianowskiego i t. p.

Po przyjęciu sprawozdań skarbnika, sekretarza i bibljotekarza przystąpiono do wyborów nowego Zarządu na rok 1922/23.

Prezesem Towarzystwa został kol. Modrzewski, Wiceprezesem kol. Drożdż, sekretarzem kol. Korczak, bibljotekarzem kol. Cywiński, skarbnikiem kol. Staniszewski. Do Komisji rewizyjnej weszli koledzy: Brzeziński, Garbaczewski i Stano.

Posiedzenie naukowe w dniu 18. sierpnia 1922 r.

Przewodniczy kol. Modrzewski, sekretarz kol. Korczak.

Przewodniczący komunikuje, że na członków kasy im. Mianowskiego zapisało się 24-ch kolegów na sumę 57.600 Mkp.

1. Kol. Kożuchowski pokazał **torbiel,** usuniętą drogą operacyjną u dziecka. Torbiel wychodziła u nasady jelita krętego, powodując **objawy niedrożności jelit.** Torbiel zawierała płyn surowiczy.

2. Kol. Krysiński wygłosił odczyt: **Sprawozdanie topograficzno-sanitarne z Województwa Lubelskiego.**

Posiedzenie naukowe w dniu 4. września 1922 r.

Przewodniczy kol. Drożdż, sekretarz kol. Korczak.

1. Kol. Jaworski przedstawił chorą operowaną z powodu **wgłobienia jelita biodrowego w biodrowe,** spowodowane tłuszczakiem podsurowiczym wielkości śliwki, usadowionym w odległości 30 cm od zastawki Bauhina, na jelicie biodrowem (pokaz wyłuszczonego tłuszczaka). Szczyt wgłobienia, zawierający tłuszczak, znajdował się już w kątnicy. Kol. Jaworski dokonał odgłobienia i wyłuszczenia podsurowiczego tłuszczaka, co technicznie nie przedstawiało żadnych trudności. Mowca podkreśla rzadkość podsurowiczych tłuszczaków w stosunku do podśluzowych. Objawy kliniczne w przedstawionym przypadku, wobec zwężenia światła jelita cienkiego przez tłuszczak i wgłobienia, odpowiadały objawom ostrej niedrożności jelita.

2. Kol. Jasiński przedstawił przypadek **skazy krwotocznej** u dziecka blizko 2-u letniego. W szczycie prawego płuca jama. Przypadek ciekawy ze względu na zespół gruźlicy i skazy krwotocznej.

3. Kol. Biernacki przedstawił przypadek **tętniaka tętnicy udowej,** powstały **po zranieniu** 1914 r. Chory zgłosił się z guzem, spuchniętą nogą i gorączką. Guz nacięty jako ropień okazał się tętniakiem. Podwiązka tętnicy udowej. Dodatni przebieg przypisuje kol. Biernacki utworzeniu się bocznego krwiobiegu.

W dyskusji kol. Jaworski zaznacza, że pomyłki rozpoznawcze przy tętniaku zdarzają się raczej dzięki niedokładności badania, niż trudności rozpoznawczych. Ważne jest oprócz zachowania się guza w podejrzanych przypadkach, gdzie był uraz, badać sznur naczyniowy i zachowanie się tętna na obwodzie. Na dużych naczyniach jako zabieg więcej wartościowy, jest szew naczyniowy, którego technika została ogólnie opanowana.

4. Kol. Czerwiński przedstawił przypadek **ciąży jajnikowej.**

5. Kol. Jasiński wygłosił odczyt: **Obecny stan nauki o czynnikach uzupełniających pożywienie.** Odczyt znamy z ostatniego zjazdu pedjatrów polskich w Warszawie.

6. Kol. Czerwiński wygłosił pierwszą część swojego odczytu **O wskazaniach do wczesnego przerwania ciąży.**

Posiedzenie naukowe w dniu 18. września 1922 r.

Przewodniczy kol. Modrzewski, sekretarz kol. Korczak.

1. Kol. Jaworski przedstawił przypadek (kobieta l. 38) po rozległem **wycięciu jelita czczego z powodu złośliwego guza** (prawdopodobnie **mięsaka**) wielkości główki noworodka z przerzutami w gruczołach krezkowych. Guz, usadowiony w ścianie jelita naprzeciwko krezki, rósł w kierunku jamy brzusznej, nie wywołując objawów niedrożności jelita, co się dzieje po większej części przy mięsakach. Pomimo radykalności zabiegu kol. Jaworski na zasadzie odnośnej literatury stawia rokowania złe co do nawrotu sprawy chorobowej. Czasowa wybitna poprawa ogólnego stanu.

W dyskusji kol. Czerwiński podkreślił brak objawów niedrożności jelita i przeprowadzał rozpoznanie różniczkowe z torbielą jajnikową.

2. Kol. Jaczewski pokazał **przypadek pozapłciowego zakażenia kiłą,** oraz dwa przypadki Stomatitis po stosowaniu luatolu i w związku z tem omówił sprawę leczenia kiły luatolem.

3. **Dyskusja** nad pierwszą częścią odczytu kol. Czerwińskiego, wygłoszonego na poprzedniem posiedzeniu. Kol.

Cywiński odnośnie do gruźlicy uważa, że ciąża w okresie tylko czynnej gruźlicy winna być przerwana. Kol. Stokowski sądzi, że gruźlicę w ciąży „należy raczej przeceniać niż niedoceniać. Kol. Arnsztajn podaje następujące wskazania do przerwania ciąży: zapalenie wsierdzia z objawami niedomogi serca, wady serca szczególnie z niemocą nerek, gruźlica (częste krwotoki, objawy rozpadowe, gruźlica krtani); złośliwe nowotwory, choroby nerek, hematemesis. W dyskusji zabierali głos jeszcze ze stanowiska chirurgji i interny kol. Modrzewski, Cynberg, Jasiński, Dziemski, Placzkiewicz.

Ze stanowiska neurologji i psychjatrji zabierał głos kol. Drożdż. Sekretarz *Korczak.*

Związek lekarzy P. P. i Towarzystwo lekarskie, Okrąg łucki.

Walne doroczne Zgromadzenie członków z dnia 16. lutego 1922.

Przewodniczy kol. Radwański. Obecnych 18.

1. Kol. M. Jasiński przedstawił chorą M. G., 55 lat z **zakrzepem żyły centralnej** lewego oka; chora cierpi na miażdżycę naczyń krwionośnych. Przed dwoma tygodniami zauważyła utratę wzroku na lewem oku. Po dwóch dniach przy badaniu stwierdzono: podmiotowo — okiem lewem widzi jak przez bardzo gęstą mgłę i na $\frac{1}{2}$ mtr. ledwo rozróżnia palce, przedmiotowo — rozszerzenie wszystkich żył siatkówki, lekka wężykowatość ich, zatarcie granic tarczy nerwu wzrokowego, widzenie obwodowe normalne, naczynia niewybroczynowe. Rozbiór moczu chorej wykazał 0,1‰ białka i dużą ilość soli moczowych. Przy ponownem badaniu po kilku dniach objawy zastoinowe wystąpiły znaczniej, wężykowatość żył zwiększyła się, tętnice ledwo dostrzegalne, pogorszenie wzroku. Prel. rozpoznał zakrzep żyły centralnej jednakże nieznaczny (thrombosis v. c. 3-go stopnia podług prof. Michel'a). Światło naczynia nie było zamknięte zupełnie i spowodowało to tylko zastoinę bez wybroczyn. Stosowano KJ i pilokarpinę. Chora w krótkim czasie odzyskała wzrok; przy wziernikowaniu: żyły mniejszej objętości, lecz tak samo pokręcone wężykowato, granice tarczy n-wu wzrokowego wyraźne.

2. Kol. A. Wojnicz przytoczył 2 przypadki **ciał obcych w górnych drogach oddechowych** (z kazuistyki szpitalnej).

Pierwszy przypadek dotyczył 4-letniego wiejskiego chłopca, któremu do tchawicy wpadła mała fasolka. Dziecko przywiezione na 3-ci dzień po wypadku do szpitala, ciepłota do 39°, oddech 30 utrudniony, głos chrypiący, całe lewe płuco nie oddycha, odgłos opukowy tępy. Głowy przy oddechu nie zarzuca w tył, kaszel silny, występuje napadowo. Operacji nie robiono w przypuszczeniu, że ciało obce uwięzło w oskrzelu dużem. Na 6-ty dzień dziecko zmarło w czasie napadu kaszlu. Na sekcję rodzice nie zgodzili się.

Drugi przypadek dotyczył $1\frac{1}{2}$ rocznej dziewczynki, która udławiła się połową ziarnka orzecha włoskiego. Dziecko przywiezione było do szpitala powiatowego tego samego dnia wieczorem z sinicą na twarzy, głową zarzuconą w tył i głośnym stenotycznym oddechem 30 i ciepłotą 36,7°. W domu palcami usiłowano usunąć ciało obce, lecz bezskutecznie. Pod chloroformem przystąpiono do tracheotomji średniej, przypuszczając, że ciało obce ugrzęzło w krtani; po przecięciu tchawicy oddech stał się swobodny, po założeniu rurki spróbowano palcem wydobyć ziarnko z krtani. Rękoczyn nie udał się, lecz stwierdzono, że w krtani twarde ciało obce tkwi, wówczas po usunięciu rurki spróbowano krzywą sondą główkową wypchnąć ziarnka orzecha do jamy ustnej i gdy się to nie udało, przedłużono cięcie do góry aż do chrząstki pierścieniowatej i wtenczas pod silnym naporem zgłębnika orzech rozłamał się na 2 kawałki, które wyskoczyły przez jamę ustną.

W dyskusji kol. Mininzon zaznacza, że przy uwięźnięciu ciała obcego w górnej części dróg oddechowych rokowanie jest pomyślne, unieruchomienie zaś jego w okrzelu prowadzi zwykle do zejścia śmiertelnego.

3. Kol. F. Miłaszewski omówił przypadek zejścia śmiertelnego u 29 l. pierworódki w I. połowie IX. mies., wskutek **skrwawienia przy łożysku przodującem** i pośladkowem położeniu płodu. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na silny krwotok, który w ciągu 4 godzin spowodował exitus letalis mimo wprowadzenia metreuryntera i sprowadzenia nóżki na zewnątrz, którą udało się schwycić 2 palcami przez nieprzepuszczające całej ręki ujście zewnętrzne.

4. Następnie sekretarz Związku kol. A. Wojnicz odczytał **sprawozdanie z czynności Związku** w r. 1922.: Koło Łuckie składało się z 27 członków, w liczbie tej nowoprzybyłych 4-ch, ubyło zaś z listy członków 3-ch. W skład prezydjum wchodzili: Kol. F. Miłaszewski (prezes), kol. A. Wojnicz (sekretarz), kol. B. Bejlin (skarbnik), kol. Mininzon (zast. prezesa) i kol. W. Jasiński (bibljotekarz).

W ciągu roku odbyło się 15 posiedzeń — 11 naukowych, 2 administracyjno-zawodowe, 1 organizacyjne i 1 uroczyste ku uczczeniu dnia stulecia urodzin Pasteura. Odczytów wygłoszono 6: na uroczystem posiedzeniu prezes Koła kol. F. Miłaszewski wygłosił odczyt »Życiorys, twórczość i działalność Pasteura« i kol. J. Mininzon »Znaczenie odkryć Pasteura dla chirurgji«, na organizacyjnem znany higjenista polski Dr. J. Polak »Znaczenie i organizacja zdrowia publicznego« i na naukowych kol. J. Dolner »Rośliny lecznicze, trujące i pożyteczne dziko rosnące na Wołyniu« i »Nieżyt tchawicy jako jednostka kliniczna« i Kol. M. Jasiński »Choroby oczu z punktu widzenia biochemicznej teorji odporności Ehrlicha«.

Na posiedzeniach naukowych pokazów chorych i preparatów przedstawili — kol. Wojnicz 11, kol. Jasiński 5, kol. Bejlin 2 i kol. Mininzon 2. Kol. Kubaszewski przedstawił sprawozdanie z działalności szpitala powiatowego w Łucku.

Organem Twa w 1922 r. było czasopismo »Polska Gazeta Lekarska«, oprócz tego Two prenumerowało »Nowiny Lekarskie« i »Zdrowie«.

Dzięki ofiarności prezesa Związku kol. Miłaszewskiego powstaje bibljoteka lekarska.

Działalność Związku w sprawach zawodowych przedstawiała się następująco: Z inicjatywy Związku Łuckiego powstały Związki Obwodowe: Sarneński, Równieński, Włodzimierski, Dubieński i Horochowski; delegat Związku kol. Miłaszewski brał udział w dorocznem walnem Zgromadzeniu Głównego Związku Lekarzy P. P., w sprawie Izb Lekarskich wysłał Związek delegata kol. Wojnicza na konferencję w M. Zdr. P., 1. X. delegat Związku kol. Radwański uczestniczył w Zjeździe członków Kas Chorych w Warszawie, 10. XII. kol. Miłaszewski brał udział jako mąż zaufania w wyborach do Rady Lubelskiej Izby Lekarskiej.

Z działalności oświatowo-kulturalnej i społeczno-lekarskiej Związku zaznaczyć należy: czynny udział w organizacji bibljoteki publicznej w Łucku, udział w komisji do spraw kolonij letnich dla dzieci i młodzieży, wszczęcie korespondencji w sprawie utworzenia oddziału Warszawskiego Twa przeciwgruźliczego, udział w posiedzeniu Łuckiego Czerwonego Krzyża Poł. Wsch. Okręgu w sprawie organizowania ambulatorjum, zorganizowanie pomocy lekarskiej dla repatrjantów na wniosek Wojewódzkiego Komitetu Wyborczego, zorganizowanie pomocy lekarskiej na ulgowych warunkach dla oficerów rezerwy Związku Wołyńskiego, udział w naradach Łuckiej P. K. U. celem przygotowania rezerw wojskowych i udział w Wojewódzkiej konferencji przeciwdrożyźnianej.

W roku sprawozdawczym na wniosek kol. Bejlina w sprawie zarzutów natury etycznej, czynionych kol. Rafałowskiemu Two lekarskie wyłoniło komisję w składzie kol. Jasińskiego (przewodnicz.), kol. Kubaszewskiego i Gasko (członków), która sprawę zbadała i po odczytaniu orzeczenia na ogólnem zebraniu sprawa przekazana została Koleżeńskiemu Sądowi w składzie przewodniczącego kol. Ziembińskiego i członków kol. Radwańskiego i Jasińskiego.

Na odbudowę Wawelu Koło Łuckie złożyło 30.000 mkp. Protokół przyjęto jednomyślnie. Skarbnik kol. Bejlin odczytał sprawozdanie kasowe, kol. Jasiński protokół komisji rewizyjnej. Po wysłuchaniu i przyjęciu protokołów przez zgromadzonych kol. Radwański zwrócił się ze słowami uznania i podziwu dla działalności Zarządu Związku, który tyle pracy i starań dołożył do stworzenia zespołu lekarskiego w Łucku, wybitnie odznaczającego się swą wytrwałą pracą na polu naukowem i społecznem.

Na wniosek przewodniczącego zajęto się sprawą budżetu na rok bieżący. Zabierali głos kol. Bejlin, Wojnicz i Ziembiński, którzy weszli w skład komisji dla szczegółowego opracowania budżetu.

Uchwalono zgłoszenie prenumeraty Nowin Lekarskich dla Twa i polecono Kolegom solidarne poparcie wydawnictwa. Dla redagowania działu społeczno-lekarskiego Nowin Lekarskich z Okręgu Łuckiego został wybrany kol. Jasiński. W końcu zaś dokonano wyborów nowych członków Zarządu na miejsce kol. Wojnicza i Jasińskiego, którzy zgłosili swe ustąpienie z zajmowanych stanowisk. Na dorocznego sekretarza Związku wybrany został kol. Jasiński, na bibliotekarza kol. Drewnowski. Na tem część programowa posiedzenia została wyczerpana.

Po wolnych głosach kolegów Bejlina, Miłaszewskiego, Wojnicza, Radwańskiego, Kubaszewskiego, Ziembińskiego i dyrektora Urzędu Zdrowia kol. Żubra w sprawie dotyczącej miejscowego chemiko-bakterjologicznego laboratorjum i będącej na porządku dziennym sprawy likwidacji Ministerstwa Zdr. Publ. w toku dość ożywionej dyskusji uchwalono: z powodu likwidacji Ministerstwa założyć i opublikować protest Związku w gazetach lekarskich i w jednem z pism codziennych, a sprawę laboratorjum przekazać dla rozważenie i zreferowania kolegom Bejlinowi i Drewnowskiemu. *M. Jasiński*, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Otorynolaryngologiczne w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 26. października 1922 r.

Przewodniczy Szmurło, sekretarz Gumiński.

1. Karbowski a) pokazuje dziewczynkę 14-letnią operowaną z powodu przewlekłego **ropnego zapalenia ucha środkowego** lewego. Dokonano operacji doszczętnej i wykryto ropień zewnątrzoponowy. Opona twarda koloru żółtawo szarego. Przekłucie podoponowe ropy nie wykryło. Przekłucie lędźwiowe dało płyn klarowny. Nonne-Apelt dodatni, ciałek wielojądrzastych 20, limfocytów 60. Chora ospała, senna; tarcza zastoinowa oraz szereg objawów mało wyraźnych, świadczą o możliwości istnienia ropnia w zrazie skroniowym. Podczas przygotowania terenu operacyjnego ropień przerwał się, wypłynęło 15—20 ctm cuchnącej ropy. Po przecięciu opony twardej i roz-

szerzeniu otworu jamę wytamponowano. Obecnie chora czuje się dobrze. Tarcza zastoinowa znikła, objawy ze szlaku piramidalnego ustąpiły, pozostała tylko różnica w odruchach brzusznych, a mianowicie osłabienie po stronie operowanej.

b) Pokaz preparatu **ropnia móżdżku.** Chory przybył na oddział w stanie ciężkim z objawami zapalenia opon mózgowych, ropnego zapalenia błędnika i ropnia móżdżku. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało Nonne-Apelt ++++, komórek wielojądrzastych 20. Operacja doszczętna z obnażeniem średniej i tylnej jamy czaszkowej. Opona bez zmian. Otwarto błędnik metodą Neumanna i dotarto od strony błędnika do lobus semilunaris inf. cerebelli. Cięcie w tem miejscu wykryło ropę; opróżniono dość duży ropień. Jamę ropnia wytamponowano. Po operacji stan chorego nieco się na razie poprawił; ustąpiły objawy niezborności w górnej kończynie i dysmetrja. Po kilku dniach chory zmarł z objawami ropnego zapalenia opon mózgowych. Sekcja wykazała ropień ogromnych rozmiarów zajmujący całą przednio-dolną część móżdżku.

2. Hellin omawia chorego z **przewlekłem ropnem zapaleniem ucha środkowego.** W czasie leczenia rozwinął się ropień podokostnowy za uchem. Choremu doradzono operację, lecz ten się na nią nie zgodził i był leczony nadal konserwatywnie. Z biegiem czasu defekt błony bębenkowej zabliźnił się, ropień wessał się częściowo, lecz chory począł narzekać na bóle głowy i zawroty. Badanie dna oko wykazało tarczę zastoinową, stwierdzono również objaw omijania po stronie lewej.

3. Koenigstein wygłosił odczyt na temat: »**Leczenie chirurgiczne ropni mózgu pochodzenia usznego**«. Po omówieniu wskazań i przeciwwskazań do zabiegu prelegent przytacza przypadek ropnia mózgu przy jednoczesnem istnieniu rozlanego zapalenia opon mózgowych i dowodzi, że zapalenie ropne opon nie stanowi przeciwwskazania do operacji i nie wyklucza możliwości znalezienia podczas zabiegu ropnia. W przypadkach ciężkich, gdy się operuje »in extremis«, należy unikać chloroformu. Współczesna otiatrja atakuje ropień mózgu dopiero wtedy, gdy ognisko pierwotne w kości skroniowej, względnie w uchu, zostało całkowicie wyeliminowane. Operować należy możliwie bez dłuta, za pomocą borów elektrycznych i kleszczy. Następnie mowca opisuje rozmaite metody operowania ropnia móżdżkowego, i zatrzymuje się na metodzie Neumann'a, który upatruje ścisły związek między ropieniem błędnika a ropniem móżdżku. Po zbadaniu wyglądu opony twardej należy wykonać szeroką igłą próbne przekłucie. Po otworzeniu ropnia sączkowanie odbywa się za pomocą zwitków gazy. W celu uniknięcia »fausse route« i możliwie dokładnego obejrzenia jamy ropnia wprowadzać można wziernik Kiljana. Opatrywać jamę mózgową należy często, a wynik zabiegu zależy od trudnych i długotrwałych opatrunków. Nieprzyjemne powikłania pooperacyjne stanowią: wypadnięcie tkanki mózgowej i ropnie wtórne. Z pierwszemi walczymy za pomocą ścisłej aseptyki, noża, przekłucia lędźwiowego, z drugimi walka jest ciężka i bezskuteczna. Mowca przytacza przypadek ropnia wtórnego po zabliźnieniu już rany skórnej. Dobre rokowania dają ropnie w pobliżu powierzchni mózgu, nieduże, otorbione; a najlepsze ropnie ukryte, przypadkowo podczas zabiegu stwierdzone. W konkluzji mowca radzi: 1. nie zwlekać z operacją w sprawach ropnych ucha środkowego; 2. badać błędnik w każdym przypadku przed zabiegiem; 3. operować narędziami, nie dającemi wstrząsu mózgu.

Dyskusja. Karbowski stwierdza, że rokowanie w ropniach mózgowia jest wogóle złe; nieco pomyślniej przebiegają ropnie mózgu zrazu skroniowego, gdy ropnie móżdżku należy uważać wogóle za niepomyślne. O wyleczeniu zupełnem można mówić dopiero po dłuższej obserwacji. Najczęstszemi powikłaniami są ropnie wtórne i zapalenie opon mózgowych. K. dziwi się, że prelegent pozwalał zamykać się ranie w tak krótkim czasie. Oppenheim uważa zbyt długie podtrzymywanie jamy ropnia za bezcelowe; radzi stosować, wzorem kliniki wiedeńskiej, częste nakłucia lędźwiowe, sprzyjające całkowitemu opróżnieniu ropnia. Hellin zaznacza, że istota mózgowa, jako pozbawiona tkanki łącznej, nie jest skłonna do odgradzania się; z czasem jednak powstaje torebka tak silna jak pęcherz. Sokołowski K. dowodzi, że ropień mózgu wytwarza się według tego samego typu, co i meningo-encephalitis, gdzie, jak wiadomo, powstaje wał ochronny. Gdzie jest przerwa w ścianie wału, tam istnieje możliwość przenikania zarazka do obwodu. Szmurło: Rokowanie w ropniach mózgu naogół jest złe. Wyniki pomyślne zdarzają się w razach wyjątkowych Ropnie powstałe w sprawach przewlekłych pozwalają na wytworzenie się wału ochronnego, izolującego ropień. Wielu sądzi, że w rozwoju śmiertelnych powikłań (najczęściej zapalenie opon mózgowych) odgrywa ważną rolę sposób operowania, rodzaj narzędzi i następcze opatrunki. Stąd też wynika unikanie dłuta i młotka, a wprowadzenie frezów. Osobiście Szmurło nie przypisuje temu większego znaczenia. Niektórzy celem uniknięcia zakażenia opon radzą otwierać ropnie od strony łuski kości skroniowej. Sposób drenowania: używanie sączków gumowych, szklanych, lub sączkowanie gazą wyjałowioną również zdaniem wielu posiada ważne znaczenie i wpływa na wynik operacji. Chorążycki nie wierzy w istnienie wtórnych ropni; są one raczej pozostałością po źle wygojonym ropniu pierwotnym. Celem obejrzenia rany ropnia radzi używać wziernika Voltoliniego; opatrunki robić w pozycji siedzącej, nadto stosować przekłucie lędźwiowe. Wspomina o metodzie Dauera, który radzi otwierać ropień nazajutrz bez znieczulenia. Podczas opatrunków radzi lekko lecz dokładnie tamponować jamę gazą, później zakładać twardy dren. Dalej radzi metodą Brunings'a wyresekować część tkanki mózgowej, by otrzymać otwartą ranę. Karbowski: Nie należy mieszać ropni mózgu urazowych z ropniami pochodzenia usznego. Pierwsze dają rokowanie naogół dobre, drugie złe. Trudno mówić o szerokiem otwarciu ropnia skroniowego od dołu, lub ropnia móżdżku. Oglądanie wnętrza jamy ropnia jest rzeczą trudną i wątpliwej wartości. Chorzy znoszą dobrze długotrwałą tamponadę. Obecnie radzą stale badać krew, gdyż wzmożenie leukocytozy jest dowodem zatrzymania się ropy. Koenigstein nalega na konieczność unikania wstrząśnień przez dłutowanie. Rokowanie quoad valetudinem completam jest naogół złe, w najlepszym razie wątpliwe, ponieważ: 1. nie umiemy dość wcześnie rozpoznawać ropnia, 2. trudno po otwarciu jamę obejrzeć i ad oculos leczyć. Podczas opatrunków nigdy nie jesteśmy pewni, czy nie robimy »fausse route«. Lepszą prognozę dają ropnie powierzchowne, otorbione, a względnie najlepszą te, które zoperowała sama natura. Wracając do statystyki ropni mózgu i móżdżku K. stwierdza, iż żadna statystyka nie jest pewna, póki się nie ma zoperowanego chorego pod obserwacją w ciągu lat kilku lub kilkunastu.

Towarzystwo lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Zebranie odczytowe w dniu 15 marca 1923 r.

Przewodniczy prof. J. Mazurkiewicz.

Prof. Nitsch wygłosił rzecz p. t. **Rola badaczów franc. w rozwoju bakterjologji.** Początki bakterjologji są związane z pracami Pasteura i jego uczniów; dopiero po r. 1875 stwierdzamy promieniowanie tej nauki poza granice Francji. Mówca omówił kolejnie prace Pasteura nad fermentacjami, chorobą jedwabników, cholerą kur, wąglikiem oraz wścieklizną (szczepionki). Pasteur pierwszy wykazał, jak głęboko sięgają drobnoustroje w gospodarstwo przyrody; nietylko fermentacje są przez nie wywoływane, lecz także choroby zakaźne, podał też on i metodę walki z chorobotwórczemi drobnoustrojami w postaci szczepionek. Następnie w porządku chronologicznym mówca omówił działalność innych uczonych francuskich jak Duclaux, który szczegółowo opracował bakterjologję mleczarstwa i serowarstwa, zbadał działalność zaczynów w soku żołądkowym czy trzustkowym i był pierwszym bakterjologiem rolnictwa, dowiódłszy potrzeby współdziałania bakterji w rozwoju roślin. Duclaux w pracy swej podkreślił ważną rolę higjeny społecznej. Roulin, Chamberland byli to współpracownicy i uczniowie Pasteura, z których drugi znany jest jako płodny autor rozmaitych ulepszeń techniczno-laboratoryjnych; Grancher, z którego nazwiskiem jest związana walka z gruźlicą we Francji (oeuvre Grancher); Thuiller, wreszcie Roux, odkrywca toksyny błoniczej; Yersin, znany odkrywca zarazka dżumy i surowicy przeciwdżumowej — są to ludzie, których działalność związana jest z oddziaływaniem nauczyciela Pasteura.

Haffkine pierwszy rozpowszechnił na szeroką skalę szczepienie przeciwko cholerze i dżumie; Calmette, badacz jadów wężowych i surowic przeciwko nim stosowanych oraz autor licznych prac nad gruźlicą, zamykają listę tych pierwszorzędnych uczonych. Do grona tego należałoby zaliczyć też i uczonego rosyjskiego Miecznikowa, który przybył do Paryża już jako znany autor teorji o fagocytozie, lecz na gruncie francuskim ugruntował wiele ze swych badań, że wymienić należy jego prace nad zarazkiem kiły, nad znaczeniem bakteryj w procesie trawienia, o przedwczesnem starzeniu się i t. d.

Jak widzimy, w rozwoju bakterjologji, której powstanie wiąże się z nazwiskiem Pasteura, prace autorów francuskich odgrywały podstawową rolę. *A. S.*

I. Zjazd Chemików Polskich.

Pierwszy Zjazd Chemików Polskich zakończył obrady. Liczne wykłady były wysłuchane w 7 sekcjach: 1. Sekcja technologji ropy i paliwa. 2. 2. Sekcja chemji nieorganicznej. 3. Sekcja chemji organicznej. 4. Sekcja cukrownictwa. 5. Sekcja pedagogiczna. 6. Sekcja Farmaceutyczna i 7. Sekcja Chemji Biologicznej. W ostatniej przewodniczył prof. Bussalik i wygłoszono następujące wykłady: Prof. Z. Wierzchowski z Puław mówił »O dodatkowych czynnikach pożywienia t. zw. witaminach, ich genezie i przebiegu dotychczasowych badań nad niemi i streścił pogląd na witaminy ze stanowiska ogólnej gospodarki przyrody. W dyskusji zabierali głos prof. Bądzyński i Sosnowski. Prof. T. Chrząszcz mówił »O wpływie t° na działanie amylazy«. Prof. Bądzyński mówił »O roli kwasów oksyproteinowych w zakwaszaniu w ustroju ludzkim«.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy P. P., Okrąg Małopolski w Krakowie.

Protokół 235 posiedzenia Wydziału w dniu 26 stycznia 1923.

Magistrat miasta Krakowa nosi się z zamiarem utworzenia odrębnej Kasy Chorych dla swych urzędników, chociaż

urzędnicy ci powinni, wedle ustawy, już dawno należeć do Kasy Chorych miasta Krakowa. Wydział Okręgu zajmie tosamo stanowisko, jakie zajął względem kontraktowych posad lekarzy dla udzielania pomocy lekarskiej funkcjonarjuszom państwowym na koszt skarbu państwa, t. zn., że ogłosi lekarzom zakaz przyjmowania posad w rzeczonej Kasie.

Uchwalono zaprosić na najbliższe posiedzenie kolegów Drów: Bieńkiewicza, Bobaka Ant., Hackbeila, Habichta, Grabczaka i Murczyńskiego celem udzielenia wyjaśnień w sprawie leczenia funkcjonarjuszy państwowych. Przyjęto do wiadomości utworzenie się Okręgu Śląskiego Związku Lekarzy P. P. z siedzibą w Katowicach, a obejmującego Górny Śląsk i Śląsk Cieszyński. Odstąpiono chętnie Śląsk Cieszyński Wydziałowi w Katowicach, zwłaszcza, że Zarząd tego Okręgu zorganizował już niemal wszystkich lekarzy na obu Śląskach. Nie zgodzono się na wydzielenie miasta Białej i przydzielenie jej do Okręgu Śląskiego, jak tego domagał się Okrąg Śląski ze względu na Bielsko. Wysłano odpowiednie pisma w tej sprawie do Wydziału Wykonawczego w Warszawie i do Okręgu Śląskiego w Katowicach.

Uchwalono wycofać zapasy kasowe z małego procentu i umieścić je w bankach na wyższy. Nie udzielono zasiłku wdowie po lekarzu, p. J., której mąż nie należał do Związku, choć mógł to w swoim czasie uczynić.

Protokół 236 posiedzenia Wydziału w dniu 3. lutego 1923.

Przewodniczący wyjaśnia zebranym Kolegom stanowisko Związku odnośnie do leczenia funkcjonarjuszy państwowych. Po wyczerpującej dyskusji wezwano Kolegów, piastujących te kontraktowe posady, do ich porzucenia.

Związek Okręgowy Kas Chorych w Krakowie zawiadamia, że wspólne posiedzenie w sprawie pragmatyki służbowej dla lekarzy w Kasach i ujednostajnienia cennika lekarskiego odbędzie się 18 lutego b. r. W skład komisji weszli Drowie: Cercha, Stahr, Strzemieński i Żydłowicz.

Za miesiąc styczeń podniesiono ceny zasadniczego cennika (z czerwca 1922) o 200%. Nowy cennik wytłoczy i rozešle się Członkom po uchwaleniu go na wspólnej naradzie Okręgu Związku Lek. ze Związkiem Kas Chorych. Ostatecznie, gdyby rokowania nie doprowadziły do celu, Wydział Okręgu wyda na własną rękę pragmatykę i cennik dla informacji lekarzy po różnych kasach chorych, którzy od szeregu miesięcy domagają się tych dwóch zasadniczych rzeczy.

Protokół 237 posiedzenia Wydziału w dniu 9. lutego 1923.

Przewodniczący odczytuje przemówienie, jakiem zagai Walne Zgromadzenie Okręgu w dniu 18 lutego b. r. Na tem Waln. Zgromadzeniu uchwalono omówić zmianę statutu i wnioski, uchwalone na niem, przesłać Wydziałowi Wykonawczemu.

Na Walne Zgromadzenie uchwalono zaprosić, jako gości, słuchaczów medycyny z wyższych lat, by się zaznajomili z nastrojami i warunkami bytu w zawodzie lekarskim. Od Zarządu Obwodu Drohobyckiego zażądano, by wszelkie pisma, kierowane do Okręgu, podpisywał prezes i sekretarz.

Protokół 238 posiedzenia Wydziału w dniu 24. lutego 1923.

Walne Zgromadzenie Okręgu w dniu 18 lutego wybrało prezesem Okręgu Dr. Maksymiljana Cerchę, zastępcą Dr. Władysława Żydłowicza, następnie Wydział z 9 członków i Komisję Kontrolującą. Wydział ukonstytuował się następująco: Sekretarz Dr. Rudolf Trzebicki; zastępca Dr. Arnold Bannet; skarbnik oraz kierownik Kasy Pogrzebowej Dr. Grzegorz Grzybowski; zastępca Dr. Mieczysław Nartowski. Do Wydziału należą nadto Drowie: Adam Fonferko (z Jaworzna), Leon Fürbek (z Tarnowa), Juljusz Piątkowski, Eljasz Stahr i Edward Szalit (z Tarnowa). Komisję Kontrolującą tworzą Dr. Józef Bednarski (z Alwernii), Dr. Ludwik Schneider i Dr. Bruno Woyciechowski.

Do Drów: Wład. Murczyńskiego, Bronisława Hackbeila, Łazarza Pileckiego i Antoniego Bobaka uchwalono wysłać pismo, zawiadamiające ich o uchwale Walnego Zgromadzenia, wykluczającej lekarzy, zajmujących posady dla leczenia funkcjonarjuszy państwowych na koszt skarbu państwa. W piśmie zwraca Wydział dotyczącym członkom uwagę, że — o ile do dni czternastu nie porzucą zajmowanych posad — zostaną wykluczeni ze Związku.

Na wniosek Dra Cerchy uchwalono zwrócić się do przedstawicieli Związku Funkcjonarjuszów Państw. Województwa Krak. o wspólne poczynienie kroków w sprawie racjonalnej pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów.

Drowi Wojtaszkowi Romanowi z Jordanowa polecono wstrzymać się z przyjęciem posady, ofiarowanej mu przez Powiat. Kasę Chorych w Myślenicach, aż do wyjaśnienia ze strony interesowanego Dr. Edwarda Stöckla.

W sprawie wypowiedzenia posady lekarza przez Powiat. Kasę Chorych w Białej Drowi Maciejowi Kwiecińskiemu postanowiono przesłać akta na ręce wiceprezesa Obwodu Bialskiego Dra Jurasa z propozycją zwołania Komisji Pojednawczej. Wydział Związku przyjął z ubolewaniem do wiadomości fakt, że lekarze kasowi w Białej podpisali oświadczenie, nie licujące z powagą stanu lekarskiego i pojęciem koleżeńskiej łączności.

Uchwalono zapytać się prezesa Obwodu Samborskiego, Dra Alfreda Biegelmeyera, czy Pow. Kasa Chorych w Turce nad Stryjem zgodziła się na Komisję Pojednawczą w sprawie Dra Ruśkiewicza Jana.

Uchwalono zawiadomić Dra Szymona Reicha w Wadowicach, że do Wydziału wpłynęło pismo Zarządu tamtejszej Kasy Chorych z poważnemi zarzutami. O ile interesowany uważa te zarzuty za nieuzasadnione, powinien zażądać na piśmie od Zarządu Kasy zwołania Komisji Pojednawczej.

Uchwalono wypłacić 30.000 Mk. za 3 cegiełki na budowę Domu Medyków.

Protokół 239 posiedzenia Wydziału w dniu 3 marca 1922.

Doniesienie Dra Włodz. Kobielnika z Lutowisk przeciw Drowi Adamowi Rawskiemu o popieranie partactwa lekarskiego przesłano Wydziałowi Rady Izby Lek. we Lwowie. Uchwalono zaprosić na najbliższe posiedzenie w dniu 10 marca krakowskich członków Rady Izby Lek. celem porozumienia się co do ukonstytuowania się Rady. Dr. Strzemieński, jako członek Komisji cennikowej dla lekarzy kasowych, zdaje sprawę z narad z dyrektorem Związku Okręg. Kas Chorych. Rozstrzygnięcie co do przyjęcia wspólnej pragmatyki cz. regulaminu służbowego, jakoteż cennika, dodatnie lub ujemne, nastąpi bezwarunkowo w miesiącu marcu, poczem Wydział Związku ogłosi wspólny lub samoistny regulamin i cennik.

Uchwalono zawiadomić Dr. Stan. Maziarskiego, by nie przyjął posady lekarza specjalisty dla leczenia funkcjonarjuszów P. K. K. P. w Krakowie, należącej do szeregu posad, zwalczanych przez Związek.

Uchwalono zwrócić się z memorjałem do Ministerjum Sprawiedliwości z żądaniem podwyższenia taks sądowych dla lekarzy przez przyznanie dodatku drożyźnianego do przyznanego już we wrześniu z r. 300-krotnego podwyższenia. W razie niespełnienia tego żądania do dnia 1 maja zaprzestaną lekarze wszelkich czynności sądowych na obszarze Małopolski. Sprawę tę mają również poruszyć delegaci, wybrani na Walne Zebranie Delegatów Okręgów i Obwodów Związku Lek. P. P. w Poznaniu w dniu 15 kwietnia b. r.

Protokół 240 posiedzenia Wydziału w dniu 10 marca 1923.

Wspólnie z zaproszonymi z Krakowa członkami Rady Izby Lek. omówiono i zatwierdzono listę kandydatów na członków i ich zastępców do Wydziału Rady i do Sądu honorowego.

Na osobnem posiedzeniu zostali przyjęci do Związku Drowie: 1) Bogdański Bronisław z Delatyna, 2) Margulies Joachim z Gródka Jagiellońskiego, 3) Dawidowicz Emil ze Lwowa, 4) Wasserberger Chaim z Nowego Targu, 5) Friedmann Ludwik, 6) Horowitzówna Lila, 7) Reiner Otmar, 8) Wisłocka Wanda z Krakowa, 9) Włodz. Bazyli Hukiewicz z Ustrzyk Dolnych, 10) Mischel Salomon z Drohobycza, 11) Kreisberg Wiktor, 12) Boratyński Józef ze Stryja, 13) Spatz Arnold, 14 Kristianpoller Majer z Rawy Ruskiej, 15) Drzewicki Stefan, 16) Niemczewski Erazm, 17) Rubinstein Jakób ze Stanisławowa, 18) Jampel Seinwel z Białej, 19) Altmann Zygmunt z Tarnopola, 20) Skrobiszewski Henryk i 21) Maciejowicz Bogorya Stefan ze Sokala.

Ogółem członków liczy Okrąg 757. Roczna wkł. 12.000 mk.

Do Kasy Pogrzebowej Okręgu przyjęci Drowie: Margulies Joachim, Dawidowicz Emil, Friedmann Ludwik, Horowitzówna Lila, Hukiewicz Włodzimierz, Mischel Salomon, Boratyński Józef, Acht Abraham (z Drohobycza), Dortort Chune (z Wybranówki), Baranowski Tadeusz (z Drohobycza), Spatz Arnold, Grabscheid Maurycy (z Przemyśla), Niemczewski Erazm, Drzewicki Stefan, Rubinstein Jakób, Kubisztal Stanisław (ze Stanisławowa), Biegelmeyer Alfred (ze Stryja), Kristianpoller Majer, Ludmirski Zygmunt (z Krakowa), Rudörfer Jakób (z Drohobycza), Wisłocka Wanda, Altmann Zygmunt i Maciejowicz Stefan.

Ogółem członków liczy Kasa Pogrzebowa 609; wkładka bieżąca w razie śmierci członka (8—10 rocznie) 5.500 mk. Premja pogrzebowa 3,000.000 mk.

Wydział Okręgu wzywa wszystkich członków do jak najusilniejszej i najwydatniejszej działalności w kierunku zjednoczenia wszystkich lekarzy Małopolski w Okręgu Związku, a ze względu na dobro jednostki w Kasie Pogrzebowej. Chcącemu przystąpić prześle natychmiast wszelkie formularze i druki.

Dr. Trzebicki, sekretarz. *Dr. Cercha*, prezes.

W sprawie wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie.

Wydział **Izby Lekarskiej we Lwowie** przesłał do Ministerstwa sprawiedliwości następujące pismo:

Do Wysokiego Ministerstwa Sprawiedliwości przez Ministerstwo Zdrowia publ. w Warszawie. — Memorjał Lwowskiej Izby lekarskiej w sprawie unormowania taksy za czynności sądowo-lekarskie. Od dłuższego czasu wpływały do podpisanej Izby lekarskiej przedstawienia lekarzy w sprawie nieodpowiadających stanowi waluty taksy i wynagrodzeń za czynności

sądowo-lekarskie, a z drugiej strony zażalenia sądów na lekarzy ociągających się od wykonywania czynności znawców sądowych. Wskutek przedstawienia podpisanej Izby lek. wydało Ministerstwo sprawiedliwości rozporządzenie z 19/IV. 1921, zastępujące stawki koronowe taryfy austr. z roku 1901 20-krotną ilością marek polskich, a następnie rozporządzenie z 31/1 1922 zastępując te stawki 300-krotną ilością marek. Rozporządzenia te okazały się jednak wobec ciągłego obniżania się wartości marki polskiej w bardzo krótkim czasie po ich ogłoszeniu niewystarczającemi, a narzekania tak lekarzy sądowych, jako też zażalenia samychże sądów zaczynają się mnożyć. Wobec tego stanu rzeczy Wydział Izby lekarskiej na posiedzeniu swem z 19/II b. r. uchwalił zwrócić się do Wysokiego Ministerjum z prośbą o ponowną rewizję taryfy sądowo-lekarskiej, oraz o ponowne jej podwyższenie, a mianowicie w ten sposób, ażeby stawki koronowe taryfy austr. zastąpiono 1000-krotną ilością mkp. a nadto ażeby lekarzom wolno było zarachowywać zwrot rzeczywiście poniesionych kosztów podróży, djety dzienne odpowiadające VIII. względnie VII. randze urzędników państwowych, jak także w wypadkach wyjazdów lub obecności przy rozprawach stratę czasu, którą Wydział Izby na razie proponuje po 10.000 Mkp. za każdą godzinę. Bardzo jest możliwe, że wkrótce i ta nowo projektowana taryfa okaże się niewystarczającą, toteż Wydział Izby proponuje, ażeby w razie zmiany wartości waluty taryfa ta była automatycznie podwyższaną. Na razie wydał Wydział Izby do przynależnych lekarzy okólnik, w którym radzi im policzać honorarja za pojedyncze czynności według wartości waluty w danej chwili przyjętej.

Izba lekarska Wschodniej-Małopolski.

Lwów, dnia 19. lutego 1923. Prezydent: *Dr. Papée* m. p.

Sprawozdanie Prezydenta Lwowskiej Izby lek. za czas od 2 IV. 1921 do 25/II. 1923.

Sprawozdanie, które przedkładam, obejmuje okres dwuletni z tego powodu, że wskutek uchwalenia nowej ustawy o Izbach w Państwie Polskiem z 2. grudnia 1921. znaleźliśmy się w okresie przejściowym, który według naszych oczekiwań miał się zakończyć w ciągu roku 1922 wyborem Izby według nowej ustawy, jednakże przedłużył się do końca roku 1922.

I. Otrzymawszy w sprawie ustawy o Izbach w Państwie Polskiem nowy projekt, w ciągu r. 1921 czyniliśmy, jak w latach poprzednich, dalsze starania o zmianę postanowień, które uważaliśmy już to za niekorzystne, już to za trudne do wprowadzenia w praktyce; odnosi się to do zmiany organizacji Izb, do instytucji wieców, do Naczelnej Izby Lekarskiej, do nadawania przez ustawę tytułu doktora osobom, które go nie uzyskały na podstawie dyplomu uniwersyteckiego, dalej do rekwizycji lekarzy cywilnych przy zwalczaniu epidemji, do przepisów w sprawie taryfy lekarskiej i t. d. Uwagi nasze przesłaliśmy Sejmowej Komisji Zdrowia Publ. w obszernym memorjale, a nadto uprosiliśmy Posłów m. Lwowa, z którymi odbyliśmy konferencję, o poparcie naszych żądań.

Przedstawienia nasze nie zostały jednak uwzględnione. Ustawa, która już obowiązuje, ma wiele usterek i będzie rzeczą nowych Izb o zmianę względnie o usunięcie tych usterek w najbliższym czasie się postarać. Wadliwości tych byłoby się uniknęło, gdyby Komisja Sejmowa, a właściwie wnioskodawca, otrzymawszy projekt ordynacji lekarskiej z rąk Izby lwowskiej, obmyślany i wypracowany na rozlicznych wiecach izbowych przez wytrawnych znawców stosunków lekarskich, przedłożył go Sejmowi bez zmian. Nadano ustawie pozory oryginalności, zaznaczającej się formalnie podzieleniem pierwotnego projektu na dwie ustawy, merytorycznie obciążeniem stanu lekarskiego postanowieniami, z których jedne są niekorzystne (zniesienie okręgów wyborczych, wielka liczba członków Rady), inne nie dość ścisłe, inne wreszcie trudno wykonalne.

(Dok. nast.).

Dom Medyków w Krakowie.

Po dwuletniej usilnej pracy — dzięki ofiarności społeczeństwa polskiego, a specjalnie świata lekarskiego, dzięki zrozumieniu, że przyszłe losy narodu zależą od młodzieży, że zatem dbać o nią potrzeba, by na dzielnych wykształcić się mogła obywateli, że rękę trzeba jej podać i pomoc w zdobyciu strawy i dachu nad głową — przystępuje Komitet Budowy medyków do realizacji planów, do budowy własnego domu.

Dom medyków, obliczony na pomieszczenie 300 słuchaczy, stanie się w niedługim czasie wielkiem ogniskiem pracy, pozwoli na całkowite oddanie się studjom, na wykształcenie młodzieży na dzielnych lekarzy i wielkich obywateli polskich.

Dotychczasowy majątek komitetu, uzyskany drogą ofiar publicznych, dalej zebrany przez urządzanie zabaw, koncertów, odczytów, wystaw itp. wynosił z dniem 1. marca b. r.:

1. W zakupionych materjałach (drzewo budulcowe, wapno, żelazo) przeszło 50.000.000 Mkp.

2. W gotówce złożonej w Banku Małopolskim w Krakowie 3,697.612 Mkp.

3. Z zapisu dr. Świerzchy w Czerniowcach majątek w nieruchomościach w kwocie około 60.000 Lei. Sprawą uzyskania tego zapisu zajął się z ramienia Senatu Uniw. Jag. prof. dr. Zoll, który po Wielkiej Nocy jedzie do Czerniowiec, tak, że definitywne uzyskanie zapisu nastąpi najdalej za 2 miesiące.

4. Plac pod budowę domu, przyznany przez władze uniwersyteckie, na gruntach zakupionych obok Collegium medicum przy ul. Grzegórzeckiej.

5. Dalej otrzymał Komitet szereg zobowiązań od właścicieli cegielń, wapienników itp., że w razie budowy dostarczą bezpłatnie potrzebnych materjałów.

Plany budowy wykonał i budowę prowadzić będzie inż. Struszkiewicz.

Mimo tak pomyślnego zestawienia, nie możnaby jeszcze przystąpić do budowy. Komitet robi starania w Ministerstwie Robót Publicznych o uzyskanie znaczniejszej pożyczki i spodziewa się w dniach najbliższych pomyślnego załatwienia. A zatem już z końcem wiosny b. roku przystąpi Komitet, tak, że do budowy w niedługim czasie da się uratować młodzież wydziału lekarskiego od strasznej nędzy mieszkaniowej.

Zrealizowanie planów urzeczywistni się, dopomoże tu młodzież uniwersytecka, każdy medyk weźmie udział w budowie i pracować będzie w charakterze robotnika, dopomóc winno całe społeczeństwo. Niechaj dalej odnosi się z taką sympatją do akcji Komitetu, jak dotychczas, niech dalej nie szczędzi grosza i choćby najdrobniejszym datkiem przyczyni się do budowy.

Cegiełki po 50.000 Mkp. oraz wszelkie datki przyjmuje Bank Małopolski w Krakowie, wszystkie redakcje dzienników krakowskich.

Komitet Budowy Domu medyków urzęduje codziennie między godz. 18—19. Kopernika 23. I. p. *Dr. A. W.*

Od Administracji.

Zawiadamiamy, że, o ile w najbliższym czasie nie podniesie się cennik drukarski, administracja obniży przedpłatę za Polską Gazetę Lekarską i ewentualnie powstałą stąd nadwyżkę z II kwartału zaliczy na rachunek przedpłaty za III kwartał, tak, że w następnym kwartale przedpłata będzie znacznie obniżona.

W miesiącu bieżącym zaszła podwyżka 33% tylko papieru i roboty introligatorskiej.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIV. posiedzenie naukowe odbędzie się dnia 4 maja b. r. o godz. 6-ej pop. w Poliklinice przy ul. Lindego 5 według następ. porządku: a) Pokazy, b) kol. Stauber — Sprawozdanie ze zjazdu internistów w Wiedniu.

XV. Posiedzenie naukowe odbędzie się 12. maja o godz. 6 pop. Porządek obrad: a). Pokazy, b). kol. Sabatowski: O wpływie bodźców termicznych na przewód pokarmowy (wykład). *W. Janusz*, sekretarz. *Ig. Zieliński*, prezes.

Warszawa.

Sprawozdawca polskiego piśmiennictwa chirurgicznego do »Centralblatt f. Chirurgie i »Jahresberichte f. die Fortschritte der Chirurgie« zwraca się z uprzejmą prośbą do Sz. Kolegów Chirurgów o nadsyłanie krótkich streszczeń prac, poczynając od 1 stycznia 1923 r., co umożliwi szybkie streszczanie i otrzymywanie bezpłatnie przez Warsz. Tow. lekarskie cennego czasopisma bibljograficznego, jakiem są »Jahresberichte«. — Dr. *A. Wertheim*. Warszawa, Jerozolimska 75.

Zmarli.

Dr. Stanisław Orłowski — Docent uniwersytetu Warszawskiego i Krakowskiego, członek Warsz. Tow. Naukowego, b. redaktor Medycyny i Kroniki Lekarskiej, członek Warszaw. Komitetu Polskiej Gazety Lekarskiej, zmarł w Warszawie dn. 9 kwietnia r. b. w wieku lat 54.

Dr. Franciszek Chłapowski, hon. profesor Uniwersytetu poznańskiego, zmarł w 77 roku życia w Poznaniu. Życiorys zasłużonego i czcigodnego Męża podamy w następnym numerze.

Dr. Andrzej Jeż w Weleśnicy.